

BULLETIN GÉNÉRAL  
DE  
THÉRAPEUTIQUE  
MÉDICALE ET CHIRURGICALE.





**BULLETIN GÉNÉRAL**  
DE  
**THÉRAPEUTIQUE**  
MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

---

**Recueil Pratique**

PUBLIÉ

**PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,**

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ  
DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES,  
MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

**TOME VINGT-QUATRIÈME.**

90014

---



**PARIS.**  
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,  
RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

—  
1843





BULLETIN GÉNÉRAL  
DE  
THÉRAPEUTIQUE  
MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

---

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

---

DES INFLUENCES DE L'AUSCULTATION SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

Après vingt ans et plus que la précieuse découverte de Laënnec est passée dans la pratique, l'utilité de l'auscultation comme moyen de diagnostic n'est et ne peut être contestée par personne, si ce n'est par quelques esprits retardataires, ou assez malheureux pour ne pas percevoir la lumière. C'est au point que les praticiens instruits et consciencieux ne conçoivent pas la possibilité de traiter une maladie de poitrine sans le secours de l'oreille, et diraient volontiers de l'auscultation ce que Sydenham disait de l'opium : què sans elle ils renonceraient à la médecine. Mais s'il règne sur ce point une édifiante unanimité parmi les médecins, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'utilité de l'auscultation à l'égard de la thérapeutique. Vous rencontrez journellement des gens, même très-éclairés, qui vous demandent d'un ton grave et sentencieux en quoi l'anatomie pathologique, la physiologie expérimentale, l'auscultation enfin, ont avancé l'art de guérir. Ces gens-là semblent avoir oublié qu'en thèse générale tout ce qui sert à éclairer le diagnostic concourt implicitement, essentiellement à perfectionner les moyens curatifs; axiome proclamé par les grands observateurs de tous les temps, depuis Hippocrate, qui a dit : « Qui ad cognoscendum sufficit medicus, ad sanandum etiam sufficit. » (*De Arte*, art. 20.)

Il faut qu'il y ait là malentendu, car nous ne voulons supposer ni le mauvais vouloir, ni l'ignorance. Certes, l'auscultation n'a pas enrichi la pratique d'une nouvelle médication, ni même d'un nouveau médicament (si toutefois la multiplicité des médicaments constitue la richesse);

autant vaudrait exiger que la découverte d'un nouveau remède impliquât celle d'une maladie nouvelle, ou d'un nouveau symptôme. Mais il y aurait aveuglement à nier que l'auscultation nous ait appris à faire une application plus rationnelle, plus opportune des médications et des remèdes connus. Sous ce rapport, si l'auscultation n'a pas *enrichi* la thérapeutique, elle l'a du moins *perfectiennée*; c'est ce qu'il nous sera facile de démontrer par quelques exemples vulgaires.

I. *Maladies des organes respiratoires.* Avant la découverte de l'auscultation, et encore aujourd'hui pour ceux qui ne l'exercent pas, l'expectation de crachats sanglants était et constitue le signe pathognomonique, univoque de la *pneumonie*; or, nous savons tous que fréquemment les crachats sanglants manquent dans l'inflammation pulmonaire, et notre propre expérience nous ferait volontiers adopter la proportion de M. Chomel, qui, dans une période donnée, a vu les crachats rouillés manquer dans un tiers des cas. Eh bien ! l'auscultation alors est le seul moyen d'arriver au diagnostic. Voici donc une *pneumonie* sur trois où, sans l'auscultation, la maladie pourra rester ignorée ou confondue avec d'autres dont la thérapeutique est notablement différente, et où, au lieu de saigner vigoureusement et d'administrer le tartre stibié, vous pourrez faire une médication ou nulle, ou insuffisante, qui compromettra gravement le malade. Vous tomberez au moins dans l'hérésie d'Hufeland, qui est mort en niant l'auscultation, qu'il ne connaissait pas, et qui pose le principe déplorable de l'unité du traitement de la *pneumonie*, de la *pleurésie* et même de la bronchite.

Autant nous en dirons de la *pleurésie*, quoique ici le danger soit moindre, vu qu'il y a moins d'inconvénients à la traiter comme une *pneumonie* qu'à traiter celle-ci comme une *pleurésie*. Mais quel est le praticien qui n'ait souvent rencontré de ces funestes *pleurésies dites latentes*, que l'auscultation seule peut constater ? Qui n'a vu de ces sujets atteints, soi-disant, de *pleurodynie*, de *fièvre lente*, *hectique*, de *phthisie*, d'*asthme*, etc., chez lesquels la maladie réelle n'était qu'un épanchement pleurétique, épanchement qu'une méthode directe, rationnelle et tant soit peu vigoureuse eût pu tarir dans sa source et dès son origine ? Qui pourrait nier qu'en effaçant à peu près la *pleurésie latente* du cadre nosologique moderne, l'auscultation n'ait rendu de grands services à l'humanité, c'est-à-dire à la thérapeutique ?

Parlerons-nous de la *phthisie* ? Ne répète-t-on pas chaque jour que les observations des anciens doivent être rayées de la science, par cela seul que les anciens ignoraient l'auscultation ? qu'en conséquence la thérapeutique de cette affection est à refaire, ou du moins à réviser, et que les remèdes, dont le nombre grossit encore aujourd'hui, n'ont de valeur,

ne méritent créance qu'autant qu'ils sont revêtus, en quelque sorte, du sceau de l'auscultation? N'est-ce pas là une épuration, un perfectionnement, un progrès positif imprimé à la thérapeutique?

Et cette entité multiforme comprise sous le nom d'*asthme*, n'était-elle pas un vrai chaos, et par conséquent une source d'erreurs thérapeutiques incessantes avant l'auscultation? A qui fera-t-on croire qu'il est indifférent pour le praticien d'avoir affaire à un *asthme nerveux*, par *emphysème*, par *bronchite chronique*, par *maladie du cœur*, etc.? Est-ce que les moyens thérapeutiques peuvent être les mêmes et produire les mêmes résultats dans des cas si divers? Donc, dans ces cas encore, point d'auscultation, point de thérapeutique rationnelle, efficace possible; rien, si ce n'est un hasard aveugle, un empirisme chanceux et souvent meurtrier.

Voilà pour l'espèce ou la nature des maladies de poitrine; mais si maintenant nous envisageons le degré, la marche, les périodes de ces maladies, nous verrons encore que l'auscultation va nous fournir des lumières précieuses, incessantes, indispensables à la thérapeutique. Observer, c'est spécifier les effets des remèdes, non pas seulement l'effet définitif, mais encore l'effet journalier, afin de modifier le genre et la force des moyens suivant les indications du moment; or, qui ne comprend de quelle importance il est de pouvoir constater d'un jour à l'autre le progrès en plus ou en moins d'une affection pulmonaire? et c'est l'auscultation seule qui peut procurer ces notions. Sous l'influence de tel agent, la maladie s'aggrave ou reste stationnaire? il est urgent d'augmenter la dose du remède ou de lui en substituer un autre. La maladie s'amende? il est rigoureusement obligatoire de persister dans la même voie, toujours d'après l'axiome : *A juvantibus et lædentibus*. Précisons les cas : une pneumonie persiste au second degré (souffle tubaire, bronehophonie), sous l'influence des saignées répétées : l'auscultation vous enjoint de passer au tartre stibié, puis au vésicatoire, etc. La pneumonie rétrograde (râle crépitant de retour) : à quoi bon tenter d'autres moyens alors superflus, sinon dangereux? Un épanchement pleurétique occupe les deux tiers du thorax (souffle, œgophonie) : vous saignez, et bientôt l'auscultation vous dit que l'épanchement n'en occupe plus que la moitié; à quoi bou martyriser le malade avec vos vésicatoires? Mais l'épanchement augmente, ou même reste stationnaire, malgré les antiphlogistiques : arrivez au vésicatoire, aux diurétiques, etc.

Mais c'est surtout dans la phthisie que l'appréciation des degrés est de notion essentielle, eu égard aux indications thérapeutiques. Écoutez ce que répondent tous les inventeurs de remèdes, alors qu'on leur oppose l'incurabilité de la phthisie avancée : « Ce n'est pas, disent-ils, alors

« que la fonte tuberculeuse est accomplie, ou même commencée, que nos remèdes font merveille, c'est dans la phthisic naissante, contre le tubercule en germe, sec ou latent qu'ils sont indiqués. » Et des hommes de science et de labeur se sont mis à écrire des volumes pour faire apprécier les signes superficiels et fugitifs de cette phthisic naissante : livres savants et consciencieux sans doute, mais dont la destinée n'est que de jouir d'un succès d'estime parmi le petit nombre d'adeptes capables d'en appliquer les principes; car la plèbe ne peut saisir que ces signes grossiers qui, malheureusement, n'existent que dans l'état avancé. Et pourtant il est bien vrai qu'un poumon désorganisé ne se reproduit pas, et que ce n'est qu'à l'aide de l'auscultation que les nuances curables peuvent être appréciées; que s'il guérit des phthisies aux deuxième et troisième degrés, l'art n'a guère à s'en vanter, mais encore est-il essentiel de tenir compte de ces degrés, afin de pouvoir mesurer les ressources réelles de la nature et d'approprier les moyens au caractère du mal; et puis, si vous ne guérissez le malade, au moins pouvez-vous prolonger son existence en combattant ces fatales complications de pleurésie, de pneumonie, qui hâtent la catastrophe; et c'est encore l'auscultation seule qui peut révéler ces complications, vous inspirer des remèdes et en régler l'application. Comment des réflexions aussi banales peuvent-elles échapper à l'esprit des critiques? Et qu'on ne dise pas qu'il est d'autres signes que ceux tirés de l'auscultation pour arriver à l'appréciation rigoureuse de ces particularités morbides; car ceux qu'on pourrait mettre en avant, les phénomènes sympathiques et fonctionnels souvent gardent le silence, et lorsqu'ils parlent, ils sont menteurs par essence. L'auscultation, elle, peut se taire, elle peut quelquefois être ambiguë dans ses expressions, mais lorsqu'elle vient à s'exprimer clairement, elle n'en impose jamais, et trop souvent elle seule contient la vérité qu'il faut de nécessité lui ravir à force d'attention et de perspicacité.

Nous passons avec intention sur d'autres espèces des maladies de l'appareil respiratoire pour arriver aux affections des organes de la circulation.

II. *Maladies des organes circulatoires.* Ici, plus encore peut-être que pour les maladies des poumons, l'auscultation est indispensable, sans peine de languir à jamais dans les ténèbres qui ont précédé l'avènement de Corvisart et de Laënnec. Comparez la thérapeutique de ces temps nébuleux à celle qui règne aujourd'hui touchant les maladies du cœur, et vous verrez ce que peut l'auscultation pour la thérapeutique : au lieu du triste empirisme d'alors, c'est le rationalisme le plus glorieux pour la science, et le plus satisfaisant pour l'esprit, que, de nos jours, les praticiens éclairés savent mettre en œuvre.

La *péricardite*, par exemple, ne se *devine* plus, elle se constate aussi positivement qu'une fracture, car le frottement médical le dispute en exactitude à la crépitation chirurgicale; et la *péricardite* initiale que révèle ce signe offre autant de prise aux médications directes que la *phlegmasie* la plus patente.

L'*endocardite*, avec ses signes propres (bruit de soufflet, palpitations, etc.), a triomphé des oppositions prédestinées à toute innovation utile; or, l'*endocardite* naissante peut être comparée, sous le point de vue thérapeutique, au tubercule naissant. Ici se présente, avec la même autorité, le *principiis obsta*, sous peine de voir s'établir des lésions incurables. L'auscultation, aujourd'hui, prévient certainement autant d'anévrismes par *endocardite* chronique que de phthisies par foute tuberculeuse. Tout le problème, en effet, consiste à combattre le mal dès son origine, et c'est ce que l'auscultation permet de faire. Alors qu'à l'épaississement simple des valvules a succédé l'ossification et ses conséquences (*rétrécissement, insuffisance* des valvules, *hypertrophie, dilatation* du cœur, *anasarque, cyanose*, etc.), si l'auscultation est désormais impuissante à vous indiquer des remèdes efficaces, au moins vous enseigne-t-elle à gouverner les remèdes palliatifs. Grâce aux lumières qu'elle procure, la saignée, la digitale, etc., ne sont plus des remèdes empiriques banalement appliqués à toutes les maladies du cœur; le siège, le degré, et les autres particularités appréciables de la lésion vous permettent de déterminer l'indication réelle, et de mesurer, modifier les doses de vos médicaments.

L'auscultation enseigne encore à distinguer les lésions matérielles de ces autres lésions dites vitales (*palpitations nerveuses, chlorotiques*, etc.), dont le traitement diffère essentiellement de celui des premières, et qui, dans la pratique vulgaire, sont si souvent l'objet de méprises déplorables. Ajoutons à tout cela ce curieux murmure des artères qui décele la chlorose, et constitue un guide si précieux pour la thérapeutique.

Ce bref et rapide exposé suffira, nous le pensons, pour faire apprécier la liaison intime de l'auscultation, comme de tout autre moyen de diagnostic, avec l'art d'appliquer les médicaments. Si l'auscultation a ses difficultés, ses écueils, ses déceptions, ses lacunes, il en est de même de tous les procédés des sciences humaines, et les objections qu'on peut élever contre elle s'appliquent tout aussi bien aux autres moyens de diagnostic dont l'utilité n'est pas contestée. Ne ferait-on pas un gros livre des erreurs commises en diagnostic chirurgical, et conséquemment en thérapeutique chirurgicale, cette partie soi-disant exacte de notre science?

III. *Applications chirurgicales.* Or, telle est l'utilité positive de l'auscultation, que la chirurgie elle-même ne dédaigne pas d'invoquer ses secours à l'occasion. Sans parler des opérations praticables sur le thorax, et dont elle est le principal régulateur (paracenthèse), l'auscultation appliquée, par exemple, au diagnostic des calculs vésicaux, peut en confirmer la présence, en indiquer la dureté, etc., et, par cela même, révéler non-seulement la nécessité d'une opération, mais encore le genre d'opération qu'il faudra choisir (taille ou lithotritie). L'auscultation fournit, dit-on, des lumières dans les fractures profondes où elle déce le crépitation insensible au toucher, et, par là même, indique la nécessité d'un appareil approprié. L'art obstétrical emprunte à l'auscultation des signes dont la certitude surpasse celle de tous les autres moyens de diagnostic : elle sert à prononcer sur la réalité de la grossesse bien avant que le toucher puisse le permettre; elle indique, jusqu'à un certain point, le siège, la position, l'unité ou la multiplicité des produits de la conception; elle est, en quelque sorte, l'arbitre de la vie et de la mort du fœtus; partant, elle dicte les manœuvres et les opérations nécessitées dans certains cas obscurs dont elle seule peut dissiper les ténèbres.

Partout enfin où l'auscultation peut répandre sa clarté, nous la voyons servir de guide à la thérapeutique; et ce n'est, encore une fois, que par l'effet d'une étrange inconséquence qu'on a pu la taxer de stérilité à cet égard. Les observateurs réfléchis ne verront sans doute dans ces quelques considérations qu'un plaidoyer superflu en faveur d'une cause depuis longtemps jugée dans leur esprit; mais ils nous pardonneront certainement cet inutile déploiement de logique, si, par état ou par position, ils sont, comme nous-même, journellement témoins des difficultés que rencontrent pour s'établir les vérités les plus conformes au droit sens et aux notions de la science la plus élémentaire.

FORGET,

Professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

DES AVANTAGES QUE L'ON PEUT RETIRER DE LA CAUTÉRISATION ET DE CERTAINS CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES MALADIES DE LA PEAU.

De toutes les maladies qui peuvent affecter les organes de l'homme, il n'en est peut-être pas de plus rebelles et de plus sujettes à récidives que celles qui attaquent la peau. Le plus souvent, déterminées par des causes internes qui échappent à l'investigation la plus sévère; recevant

de la part du tempérament et de la constitution de l'individu une influence toujours incessante ; exposées aux variations atmosphériques les plus contraires et les plus répétées ; en contact avec les vêtements et les corps étrangers avec lesquels le corps est sans cesse en rapport ; fournissant elles-mêmes des produits morbides irritants qui puisent dans l'air ambiant un élément de putréfaction rapide, ces maladies font élection de domicile à la peau, et y persistent malgré la cessation de la cause qui leur a donné naissance. Peu à peu elles modifient la texture normale de l'enveloppe cutanée, elles changent sa sécrétion et constituent une sorte de vie nouvelle qu'une perturbation profonde est seule capable de détruire.

Les émollients, les astringents, les résolutifs sont impuissants contre une pareille perpétration du mal. Les modificateurs généraux de l'économie, tels que l'antimoine, l'arsenic, l'iode, la teinture de cantharides, etc., etc., ne peuvent souvent rien pour leur guérison; la cancérisation par tels ou tels caustiques est seule capable de détruire la maladie.

Mais entre une affection aussi rebelle et un état moins prolongé de la maladie, il est des conditions de vitalité intermédiaires, qui, sans nécessiter d'une manière aussi énergique l'emploi des caustiques puissants, en réclament cependant l'usage modéré, et en reçoivent les plus heureux effets.

Rappeler d'une manière générale les applications que l'on peut faire de ces agents; chercher à préciser ces applications suivant les cas qui se présentent à l'observation du praticien; faire connaître la préférence à donner à tel ou tel caustique en raison de l'affection qu'on a à combattre, tel est le but de cet article. Loin de nous, toutefois, la pensée de traiter *ex professo* un pareil sujet, nous ne voulons qu'en esquisser les principaux traits.

Pendant longtemps les caustiques énergiques furent employés pour combattre les dartres; plus tard, une observation plus complète, dirigée par des esprits plus sévères, fit rejeter l'usage de ces moyens, qui tombèrent dans le domaine du charlatanisme. Mais l'excès du mal avait causé pour ainsi dire l'excès du bien. Aussi quelques médecins revinrent-ils, dans les dernières années de leur pratique, à l'usage rationnel des caustiques.

Il faut citer à leur tête Alibert, qui avait obtenu de si grands avantages de l'emploi du nitrate d'argent, qu'il cherchait à combattre presque toutes les affections cutanées à l'aide de cet agent. Alibert employait la pierre infernale. Plus tard, le chlorure de zinc, la solution caustique d'iode furent préconisés, et le nitrate d'argent fut presque totalement abandonné. Imbu de cette pensée que cet agent, si souvent employé

par Alibert, avait dû rendre des services, j'attribuai le peu de faveur dont il jouissait à mon arrivée à l'hôpital Saint-Louis, à ce qu'il avait toujours été employé à l'état de pierre infernale, et à ce qu'il avait peut-être été pour ainsi dire prodigué. Je l'essayai sous d'autres formes; le succès réalisa bientôt mes prévisions. D'une autre part, le chlorure de zinc et le nitrate acide de mercure me paraissant agir non-seulement comme caustiques, mais encore comme modificateurs puissants de la vitalité des tissus, je les appliquai au traitement de plusieurs maladies rebelles, et j'en obtins des succès très-marqués.

Il y a dix formes de maladies cutanées dans lesquelles je préconiserai surtout l'usage des caustiques. Ce sont l'eczema impetiginodes, l'eczema lichénoïde, l'impetigo rodens, l'impetigo decalvans, le lichen agrius, l'herpès miliaire, la mentagre tuberculeuse, le lupus tuberculeux, les favus scutulata et lupinosa; non pas qu'il ne puisse exister d'autres affections dans le traitement desquelles la cautérisation produise de bons effets, mais ce sont au moins celles où elle réussit le plus souvent.

Parmi ces maladies, les unes se montrent sous les deux formes aiguë et chronique, les autres ne se montrent jamais qu'à l'état chronique. Nous poserons comme principe général, ne souffrant que fort peu d'exceptions, que la forme aiguë doit faire rejeter tout emploi des cautérisations. Celles-ci ne sont avantageuses que lors du déclin de l'état inflammatoire, quand à la rougeur a succédé l'état blafard de la peau, que cette enveloppe est tombée sous l'influence des émollients dans une sorte d'atonie, et que la résolution s'opère mal. Dans ces maladies à forme primitivement aiguë, qui comprennent l'eczema impetiginodes et lichénoïde, le lichen agrius et l'herpès circonscrit miliaire, le caustique dont je fais habituellement usage est le nitrate d'argent; je ne me sers jamais de la pierre infernale, si ce n'est pour la cautérisation des grosses papules de lichen agrius. Je fais préparer trois solutions aqueuses de nitrate d'argent *cristallisé*, une à partie égale, une au cinquième, et une au dixième. Si pour la préparation de ces caustiques on se servait de pierre infernale à défaut de nitrate d'argent cristallisé, on aurait des liqueurs beaucoup plus fortes, puisque pendant sa fusion pour passer à l'état de pierre infernale, le nitrate d'argent perd son eau de cristallisation; il contient donc plus de substance sous un poids donné. De ces trois solutions, la plus faible est celle que j'emploie plus souvent. Je l'applique en promenant sur la surface malade, un pinceau de charpie imprégnée de liqueur, et je laisse sécher à l'air libre.

L'étendue des cautérisations doit varier en raison de la surface malade. Si celle-ci est très-grande, la cautérisation doit être bornée au quart ou au tiers; on agit le lendemain sur une autre portion, et ainsi de



suite. Tout en cautérisant, on prolonge l'usage des émollients durant la nuit, et l'on voit peu à peu ces épaisissements de la peau, ces turgescences sub-inflammatoires disparaître; la peau blanchit et rentre dans sa texture normale, en même temps que les démangeaisons si opiniâtres que causent ces maladies cessent tout à fait.

Il faut craindre aussi de répéter trop souvent les cautérisations. On doit toujours laisser quatre à cinq jours d'intervalle entre chacune d'elles, eu égard au même point à cautériser. Je puis assurer que par l'usage de ce moyen on hâtera d'une manière notable la guérison du malade. On sait d'ailleurs quelle est la ténacité des *eczemas impetiginodes* et *liebénôide* des doigts et des mains, leur siège le plus fréquent.

Le *liehen agrius* exige, au contraire, une cautérisation au *erayon* de nitrate d'argent. Il faut qu'elle soit très-limitée, très-circoscrite, ne portant que sur chaque papule.

Une affection dans laquelle j'ai retiré de grands avantages de l'emploi du nitrate d'argent à l'état de pierre infernale, c'est le *syecosis* ou mentagre tuberculeuse. Et ici je dois rappeler qu'il existe deux formes de cette affection, le *syecosis tuberculeux*, parfaitement décrit par les auteurs, et le *syecosis pustuleux*, dont j'ai tracé l'histoire et les différences dans les leçons sur les maladies de peau que j'ai faites l'été dernier à l'hôpital. Le *syecosis pustuleux* est souvent exaspéré par les cautérisations. Elles y font développer de nombreuses pustules; tandis que le *syecosis tuberculeux* se guérit avec une grande rapidité sous l'influence de ce moyen réuni aux émollients et aux douches de vapeur. On sait avec quelle rapidité se développe cette maladie; le menton est bientôt triplé de volume, en même temps qu'il se hérisse de nombreux tubercules. On sait aussi quelle est la ténacité de cette affection. On a proposé pour la combattre des moyens très-énergiques; et tout récemment encore, un praticien habile qui s'occupe d'une manière toute spéciale du traitement des affections dartreuses, préconisait l'usage des vésicatoires sur le mal lui-même. Je puis assurer qu'en associant les cataplasmes émollients et les douches de vapeur aux cautérisations *partielles* avec le *erayon* de nitrate d'argent, on obtiendra une guérison très-rapide.

L'herpès miliaire, qui se développe principalement au cou et sur la poitrine sous forme de plaques d'une étendue peu considérable, se guérit le plus souvent à l'aide des émollients, et plus tard sous l'influence des bains sulfureux; mais il en est quelques-uns qui sont rebelles à ce traitement, et pour lesquels j'ai employé avec avantage la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent. L'affection, qui peut aussi siéger à la partie interne des membres, se présente souvent sous la forme chronique avec production de pellicules épidermiques qui lui donnent l'aspect

du psoriasis ; elle est accompagnée d'assez vives démangeaisons. Cette forme réclame surtout l'emploi de cet agent. Il en est de même de l'herpès circinnatus de la partie supérieure et interne des cuisses.

Enfin on modifie souvent d'une manière avantageuse les impetigo chroniques de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure, à l'aide de la solution de nitrate d'argent. Ce qui importe le plus, c'est de savoir approprier l'état plus ou moins concentré de la solution, à la sensibilité et à l'état subaigu de la partie malade.

Il est une maladie qui, par son siège, sa durée et l'aspect désagréable qu'elle donne, comparée à son peu d'étendue, fait le désespoir des malades. Je veux parler de l'impetigo rodens. Cette affection se rencontre au voisinage des ailes du nez, ou aux angles internes des yeux. Elle y apparaît sous la forme d'une petite sécrétion séro-purulente, qui bientôt se concrète pour produire une croûte légèrement jaune. Sous la croûte existe une ulcération. La croûte tombe, il s'en forme une nouvelle. La maladie s'étend ainsi de proche en proche en décrivant des portions plus ou moins étendues d'un cercle, tout en laissant une cicatrice dans les parties primitivement envahies. Cette affection a une marche très-lente. J'ai guéri plusieurs maladies de ce genre, au moyen du chlorure de zinc tombé en déliquescence par son contact avec l'air, et associé à la farine pour lui donner la consistance d'une pâte. Les malades ressentent pendant quelques heures l'action du caustique. La partie s'enflamme notablement ; mais bientôt l'inflammation cède sans qu'on ait besoin de faire usage des émollients. Le caustique constitue avec la partie cautérisée une croûte sèche qu'on laisse tomber, et sous laquelle existe une cicatrice peu apparente. Il est important de ne faire ni lotions, ni applications émollientes sur la partie cautérisée, l'escarre doit être abandonnée à elle-même. Entre autres malades, j'ai guéri de cette manière, une dame qui depuis neuf ans portait à l'angle interne de l'œil gauche un impetigo de cette nature, et pour lequel les secours de l'art avaient été réclamés en vain depuis cette époque.

C'est encore à l'aide du même caustique que je traite le lupus tuberculeux, affection si rebelle et si souvent liée au tempérament lymphatique. Depuis trois ans j'ai guéri, sans récidive, un assez grand nombre de ces malades. Plusieurs sont restés infirmiers à l'hôpital Saint-Louis, et y font encore le service. La face reste plus ou moins déformée, mais la maladie a disparu. Ce topique n'est toutefois qu'une médication externe. J'y joins l'usage à l'intérieur, soit des préparations d'iode, soit de l'huile de foie de morue, soit de la teinture de cantharides dont je prolonge l'emploi même après la guérison, et à titre de modificateur de la constitution du sujet. On ne saurait attribuer la guérison de la mala-

die extérieure à ces agents, car j'ai employé ce caustique, non-seulement chez des sujets qui depuis six et dix mois étaient aux préparations d'iode sans en avoir obtenu aucun amendement, mais encore chez d'autres qui n'en avaient pas fait usage.

Le caustique ne doit jamais être appliqué que sur une petite étendue du mal, et en général il faut attendre la chute de l'escarre d'une première application pour en faire une seconde.

Il n'en est pas de même du lupus, qui détruit en surface. Celui-ci est le plus souvent rebelle à ce mode de traitement, et la solution caustique d'iode le modifie d'une manière plus avantageuse. Cette solution se prépare comme il suit : on prend 1 gramme d'iode, 10 grammes d'eau, et l'on ajoute au mélange une quantité d'iodure de potassium suffisante pour tenir l'iode en dissolution. On en étend une légère couche sur la partie malade, à l'aide d'un pinceau de charpie. Ces applications doivent être répétées tous les matins.

L'iode caustique est aussi un bon modificateur des plaques d'eczéma lichénoïde chronique.

Quant au nitrate acide de mercure, j'en emploie de deux sortes. Je me sers d'abord du nitrate acide du Codex, et ensuite d'une solution moins caustique que je fais préparer en faisant saturer l'eau de nitrate de mercure cristallisé, en y ajoutant la quantité d'acide nitrique seulement nécessaire pour opérer la dissolution du sel.

C'est surtout dans le favus et dans l'impetigo decalvans que j'ai retiré des avantages marqués de la cautérisation à l'aide de ces agents. Mais le favus lupinosa y est bien plus rebelle que la forme seutulata. Celui-ci cède à ce moyen avec une grande facilité. Il suffit le plus souvent d'une seule cautérisation dans laquelle on humecte complètement le godet, pour déterminer sa chute sans retour.

Dans le favus lupinosa, la cautérisation doit toujours être très-limitée, cette maladie ayant en général une assez grande étendue, et le caustique développant une certaine douleur. Dans cette circonstance, comme dans l'emploi que l'on peut faire de tous les caustiques, il faut prendre garde de supprimer brusquement une affection cutanée, et de porter une perturbation sur les organes internes de l'économie.

Loin de moi la pensée de prétendre obtenir à l'aide du nitrate acide de mercure, la guérison de tous les favus, maladie si rebelle et qui demande encore de nouvelles ressources thérapeutiques : je me borne à dire que dans quelques cas j'ai guéri à l'aide de ces moyens.

Je ne terminerai pas cette note sans rappeler qu'un caustique n'est que l'adjuvant d'un traitement. J'ai voulu faire connaître ceux des caustiques qui, depuis trois années, m'avaient le mieux réussi dans ma

pratique des maladies de la peau, tant à l'hôpital Saint-Louis qu'en ville. J'ai cherché surtout à préciser les cas qui réclament leur emploi, et les formes sous lesquelles ils peuvent être mis en usage avec plus de succès.

ALPH. DEVERGIE.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ALOËS DANS LE TRAITEMENT  
DE LA BLENNORRAGIE.

Tous les médecins sont à peu près d'accord que dans la blennorrhagie ordinaire le meilleur moyen curatif jusqu'à présent employé est le copahu, et il est rare qu'on ait recours aux autres sans avoir essayé de celui-là. Mais tous les médecins savent aussi combien il est quelquefois difficile d'en continuer l'usage autant que l'exigerait une guérison complète. Les premières prises de copahu s'avalent sans trop de difficulté; mais pour peu que le mal exige ou d'augmentation de dose, ou de persévérance dans l'emploi de ce moyen, la répugnance croissante que la saveur et même l'ordeur en inspirent ne tarde pas à devenir insurmontable; et il arrive de là très-souvent qu'on est forcé d'appeler à son aide des secours incontestablement moins sûrs ou plus dangereux, mais du moins acceptables. Hâtons-nous de dire pourtant que la science pharmaceutique a déjà amélioré sous ce rapport la condition des condamnés à ce régime, et que les diverses capsules gélatineuses dont on a soin d'envelopper le médicament épargnent déjà à la bouche des malades une bonne part du dégoût qu'inspirerait le copahu si on l'avalait autrement que dans une enveloppe imperméable.

Il faut néanmoins convenir que ce mieux n'est pas encore le bien. Le copahu, introduit ainsi à la dérobée dans l'estomac, y occasionne des flatuosités odorantes, des rapports extrêmement désagréables qui remettent pour ainsi dire le malade dans les mêmes conditions de dégoût que l'enveloppe gélatineuse lui avait épargnées. On est tourmenté de la saveur de la résine et de son odeur remontant par l'œsophage, presque autant après, qu'on l'eût été pendant la déglutition; en outre, l'épigastre se gonfle, l'appétit se perd, les forces musculaires se brisent; les déjections alvines se multiplient à la suite de quelques coliques; et une sorte d'angoisse et d'affaissement pénibles traduit en général, au bout de peu de jours, et le malaise matériel propre au médicament avalé, et le malaise de dégoût que le souvenir en rappelle.

Nous devons encore ajouter à ces inconvénients l'espèce d'éruption rosée que le copahu produit chez certains sujets, et qui, outre l'odeur

particulière que présentent la sucr, l'urine, l'haleine, les fèces, décèle la présence d'un remède et par conséquent d'un mal qu'on a souvent intérêt de dissimuler.

Ces inconvénients, à peu près toujours certains, sont plus frappants encore quand il arrive que le sujet ne soit pas vierge de copahu. Plus souvent on en a pris et plus on est exposé à éprouver tous les désagréments que je viens de rappeler ; et cette circonstance, avec ce fait commun à cette résine et à tant d'autres remèdes, qu'un usage antérieurement plus ou moins prolongé a notablement anéanti sa puissance thérapeutique, oblige souvent le médecin à renoncer à ce moyen malgré son efficacité d'ailleurs si positive.

Enfin, un cas se présente souvent dans la pratique de notre art, où le médecin, embarrassé en présence d'un mal fort peu grave, mais excessivement opiniâtre, n'ose agir, et presque toujours laisse le malade aux chances plus ou moins heureuses que lui feront courir sa modération ou ses écarts de toutes les sortes en hygiène. Je veux parler de dispositions extrêmement communes où se trouvent le plus grand nombre de ceux qui ont été affectés de blennorrhagie. La santé générale étant bonne, l'urètre conserve seulement un peu plus d'humidité qu'avant les blennorrhagies ; le matin surtout on s'aperçoit que la première goutte lancée avec l'urine est trouble, épaisse, collante, séro-purulente en un mot. Puis, pour peu qu'il y ait eu d'impression d'une température froide et humide, ou de fatigue musculaire, ou d'excès de boisson et d'aliments irritants, ou d'excitation insolite des organes génitaux, l'humidité urétrale ordinaire devient plus marquée, le linge se tache, et quelquefois même un véritable écoulement apparaît et continue jusqu'à ce que le jeu des fonctions ait remis l'économie dans son équilibre habituel.

C'est particulièrement dans un de ces derniers cas, qui n'appellent point un traitement actif, et qui résistent souvent à tous, que l'efficacité de l'aloès comme antiblennorrhagique m'a été révélée. Un sujet qui se trouvait précisément dans les conditions que je viens de rappeler, prenait, comme laxatif et en même temps comme moyen propre à réveiller des hémorrhoides, tous les jours une ou deux pilules composées chacune de :

Aloès . . . . .	10 centigram.
Thridace. . . . .	} quantité suff. de chaque pour faire une pilule.
Eau . . . . .	
Poudre de réglisse. . .	

Pendant l'action de ces pilules, il m'accusa, le long de l'urètre et particulièrement au col de la vessie, une sensation de léger prurit, de

constriction toute particulière, et qu'il ne pouvait mieux comparer qu'à celle dont il avait été affecté pendant l'usage du copahu. En même temps un suintement habituel de l'urètre avait disparu d'une manière très-marquée, et les urines, qui ne sortaient ordinairement que par un jet très-mince, et d'autant plus grêle et plus gêné que le suintement était plus prononcé, avaient pris un cours plus régulier et plus facile. Cette observation répétée à plusieurs reprises chez le même malade, qui retombait lorsqu'il cessait, au bout de quelques jours, l'usage de l'aloès, dans son état de catarrhe urétral, fut confirmée de plus en plus pour moi par l'amélioration successive, et en définitive par la guérison complète, que je constatai, du suintement de l'urètre.

Ce fait remarquable ne devait pas rester sans application; et le même moyen, conseillé dans des cas analogues, avec l'intention formelle de faire cesser des blennorrhagies chroniques, a été assez souvent couronné de succès pour que maintenant je n'hésite plus à le recommander toutes les fois que l'occasion s'en présente. Jusqu'à présent, j'ai eu fort à m'en louer. Quand l'aloès n'a pas définitivement supprimé le suintement, il l'a du moins très-notablement diminué. Même sous son action, quelques rétrécissements de l'urètre, qui ne me paraissaient dus qu'à une sorte de boursoufflement de la muqueuse, ont été, sinon complètement guéris, au moins assez améliorés pour que les malades n'en soient presque plus gênés.

De ces remarques, de l'analogie reconnue entre les effets de l'aloès et du copahu, de l'observation de l'action des résins sur le système urinaire, à l'emploi de l'aloès dans la blennorrhagie aiguë, il n'y avait plus qu'un pas, et l'effet thérapeutique ne tarda pas à me confirmer ce que ces premières observations m'avaient fait présumer.

Plusieurs sujets affectés de blennorrhagie aiguë, après avoir été mis, comme je le fais ordinairement dans ces sortes de cas, à des boissons aqueuses abondantes et rafraîchissantes, pendant une quinzaine de jours, à un régime doux et au repos, ont été traités chaque jour par 2 ou 3 pilules, composées comme celles que j'ai indiquées ci-dessus. Je n'y mettais qu'une restriction, c'est que les conditions organiques fussent celles que j'aurais choisies pour employer le copahu; et alors, sans trouble bien marqué autre qu'un peu de diarrhée, l'écoulement blennorrhagique a diminué progressivement et fini par disparaître. Il a suffi en général de huit à dix jours de ce traitement pour arrêter le mal. Mais la guérison par l'aloès ne m'a pas paru plus définitive que celle par le copahu. Plusieurs fois il est arrivé qu'après deux, trois ou quatre jours de repos, l'écoulement se remettait en activité et exigeait de nouvelles doses de remèdes. Comme le premier emploi qu'on avait tenté de l'aloès

n'avait pas eu d'inconvénient, je n'ai point hésité à y revenir, et presque toujours je l'ai fait avec un succès complet.

Il y a trois choses néanmoins dont je dois ici prévenir le praticien qui voudra recourir à cette méthode.

La première, c'est que le moyen dont je parle n'est pas plus efficace pour guérir que le copahu. Même il m'est arrivé, n'ayant pas pu guérir par ce remède, de recourir avec plus de succès à la potion de Chopart ou bien à des injections astringentes dans l'urètre; mais, je le répète, ces cas sont exceptionnels, et je ne connais pas de méthode de traitement contre la blennorrhagie qui ait été toujours couronnée de succès; tandis que je suis sûr que presque toutes, surtout les plus actives, ont été suivies nombre de fois d'accidents qui ne peuvent pas se retrouver dans celle que je conseille; j'ajoute que je n'imagine pas de remède moins difficile à faire et moins désagréable à prendre.

Le second point sur lequel je désire appeler l'attention du thérapeute, c'est qu'il ne faut pas compter sur une disparition instantanée de la douleur urétrale. Le remède dont je parle ne m'a pas montré à cet égard de supériorité sur ceux qui sont partout usités. D'après ce que j'ai vu, il supprime l'écoulement par une astriction particulière de la muqueuse urétrale; il ne détruit en aucune manière les autres éléments du mal. Il a cela de commun avec les autres moyens usités et réussissant en pareil cas.

Enfin, la troisième remarque que je voulais consigner ici, c'est qu'il ne faut pas attribuer à l'action purgative de l'aloès l'efficacité qu'il a contre les écoulements de l'urètre. Quand je commençai à m'en servir, j'avais cru d'abord à cette explication du phénomène, et dans cette idée j'avais essayé d'associer à l'aloès des purgatifs plus décidés. Il résulta bientôt pour moi de ces essais la preuve que l'aloès, ainsi additionné, avait beaucoup moins de succès, et je fus forcé d'en conclure qu'entraîné ainsi dans les déjections alvines fortement sollicitées, il ne pouvait plus exercer son action desséchante sur la muqueuse de l'urètre. Je m'en tins donc à la substance simple, et depuis lors je m'en suis bien trouvé.

En somme, les pilules d'aloès formulées plus haut et prises de la manière que j'ai indiquée, guérissent en huit ou dix jours les blennorrhagies aiguës ordinaires.

Elles ne présentent dans leur usage aucun des inconvénients connus du copahu.

Ce qu'elles ont, peut-être, en moins d'efficacité est largement compensé par la facilité avec laquelle les malades les prennent et les supportent.

Enfin elles se trouvent, et par leur innocuité et par leur facile admi-

nistration, parfaitement appropriées à ces blennorrhagies chroniques si fréquentes et si tenaces qui font dire souvent aux gens du monde qu'on guérit parfaitement toutes les gonorrhées, excepté la première.

S. SANDRAS.

---

UN MOT SUR LE MAL DE MER, SA NATURE ET SON TRAITEMENT.

Une chose bien remarquable relativement au mal de mer, et que les médecins navigateurs ne semblent point avoir notée, c'est que dans aucun auteur de l'antiquité il n'est fait mention de cette atroce maladie. Homère, Virgile, qui racontent avec un si grand luxe de détails les longues pérégrinations maritimes de leurs principaux héros, n'ont point un seul vers pour dire les angoisses provoquées par une mer houleuse. Il se pourrait que ces auteurs, qui comprenaient le but de la poésie autrement que les romantiques modernes, aient cru que le mal de mer était une de ces choses qui n'embellissent point les héros, et sur lesquelles il faut jeter un voile officieux, comme les historiens des grandes guerres contemporaines ne croient pas devoir relater l'impression que font sur certains sphincters les premiers coups de canon qui retentissent sur les champs de bataille. Concevant donc à la rigueur ce silence de la poésie, nous avons recherché dans les médecins anciens si cette omission était réparée ; mais point : les Grecs, les Latins, se taisent également ; Plin lui-même, qui raconte tant de sornettes, qui fait de la nature tout entière une immense officine, où chaque maladie trouve cent remèdes infailibles, n'en signale aucun comme propre à combattre le mal de mer. Scrait-ce donc que réellement ce mal était inconnu dans l'antiquité ? Cela nous semble très-probable : comment alors expliquer ce fait ? C'est chose fort difficile. Doit-on attribuer cette immunité si singulière à la lenteur de la marche des bâtiments des anciens, qui n'étaient d'ailleurs que des coques de noix comparativement à nos villes flottantes ; puis à cette autre cause que, dépourvus des moyens qui font notre sécurité au milieu des mers inconnues, ils affrontaient rarement les périls de la tempête ? C'est là une question que nous n'oserions décider, et dont nous laissons la solution à de plus habiles que nous. Toujours est-il qu'aujourd'hui, avec nos rapides voiliers, nos bateaux à vapeur, il est fort peu d'individus pour peu que la mer soit houleuse, qui ne soient tourmentés de ce mal horrible.

L'ensemble des phénomènes par lesquels le mal de mer se traduit à l'observation n'est point facile à expliquer. Aussi nombre d'hypothèses



ont-elles été proposées pour rendre compte de ce singulier trouble de l'organisme. Darwin, frappé de l'effet immédiat que produit sur la vue le mouvement du vaisseau, crut reconnaître dans tous les accidents du mal de mer les effets variés d'une innervation primitivement troublée. Wollaston, en vrai physicien, place aussi le point de départ de la maladie dans l'encéphale; mais le trouble de ce dernier organe résulte d'une perturbation dans le mouvement du sang, trouble tel que le cerveau en reçoit une pression plus forte. Suivant cet auteur, dans les secousses que la vague imprime au navire, le sang est poussé vers l'encéphale, comme le mercure du baromètre s'élève brusquement quand cet instrument est abaissé avec rapidité. Une foule d'objections se présentent immédiatement à l'esprit pour faire rejeter ces deux hypothèses : ce n'est point ici le lieu de les exposer. Voici une explication nouvelle de cette singulière maladie; l'auteur n'est point médecin, il a longtemps éprouvé le mal de mer, il a pu en analyser toutes les angoisses : c'est donc là de l'observation pure, nulle conception *à priori* n'a pu altérer la pureté des résultats. Laissons M. Granier de Cassagnac dire ses sensations et sa théorie tout à la fois.

Après avoir indiqué comme une des causes du mal de mer le bouleversement des lois de la perspective, et le vertige qui en est la suite : « La seconde cause de ce mal, dit-il, c'est le soulèvement des intestins, que le roulis et le tangage refoulent vers la poitrine dans la position verticale. Les intestins refoulés pressent le diaphragme, le diaphragme presse les viscères de l'épigastre et l'estomac, et de là viennent les vomissements. C'est dans ce cas qu'il est littéralement vrai de dire qu'on se sent soulever le cœur. Je suis si certain de cette cause physique du mal de mer, qu'après l'avoir découverte, je m'en étais presque rendu maître, en combinant ma respiration avec le mouvement du navire, de telle sorte que le moment où les poumons s'emplissaient correspondait au moment où les intestins montaient vers la poitrine : alors les poumons dilatés faisaient baisser le diaphragme, et celui-ci arrêtait le mouvement ascensionnel des intestins; mais c'était quelque chose de si odieusement ridicule de m'étudier à devenir une montre de Genève, ou un mouvement de tourne-broche, que je donnai le remède au diable, comme cent fois pire que le mal (1). » L'expérience qu'indique ici M. Granier de Cassagnac, et qu'il a souvent faite sur lui-même, nous paraît en effet décisive en faveur de l'explication qu'il donne du mal de mer; que si les secousses affreuses dont l'estomac est alors le siège avaient leur point de départ dans l'encéphale, on ne voit pas comment l'immobilité du paquet intes-

(1) *Voyage aux Antilles*, par Granier de Cassagnac.

tinal, déterminée par la dilatation de la poitrine, et l'abaissement consécutif du diaphragme, pourraient exercer la moindre influence sur une pareille cause. Cette expérience n'avait pas encore été faite; il y a pourtant quelques faits bien connus, et qui concourent avec cette expérience à établir la justesse de l'explication proposée : nous voulons parler de la compression de l'estomac au moyen d'une ceinture, comme moyen prophylactique en thérapeutique du mal de mer. Ce moyen agit évidemment à la manière de la dilatation de la poitrine, et il a sur ce dernier l'avantage de ne point réduire les patients à la dure nécessité de s'étudier à devenir une montre de Genève ou un mouvement de tourne-broche : nous le recommandons à l'auteur, si un jour il tente quelque nouvelle traversée. Nous avons eu nous-même plusieurs fois occasion de constater l'efficacité de ce moyen simple; dans un cas surtout, nous avons eu grande raison de nous en applaudir. Une jeune femme, durant la traversée de Toulon à Alger, éprouve le mal de mer avec les angoisses les plus atroces. Telles devinrent à la fin les secousses anti-péristaltiques de l'estomac, que la malheureuse vomit le sang à pleine bouche. Vainement tous les secours dont on pouvait disposer dans le bâtiment lui furent prodigués, vainement elle resta pendant presque tout le temps étendue dans sa cabine, les vomissements reparaissaient à chaque instant avec des déchirements, des angoisses inexprimables. Pourtant l'hématémèse finit par s'arrêter heureusement. Cette femme revint en France : à son retour, mêmes accidents, moins intenses cependant. Malgré une épreuve si terrible, la nécessité de sa position la força de retourner une seconde fois en Afrique; c'est alors que nous lui conseillâmes de se comprimer fortement la taille avec une ceinture faite d'un tissu résistant. Elle usa de ce moyen, en revenant d'Alger comme en y allant, et s'en trouva parfaitement bien : non-seulement il ne fut plus question de vomissement de sang, mais les vomissements ordinaires furent beaucoup moins intenses. Chose remarquable, c'est surtout pendant les huit ou dix premières heures que le bénéfice de la ceinture se fit sentir. Plus tard, les vomissements revinrent, peu intenses il est vrai, mais ils durèrent jusqu'au moment où l'on toucha terre. — Fortifié dans la conviction où nous sommes de l'utilité d'une compression méthodique de la région épigastrique, par l'expérience de M. Granier de Cassagnac, si nous étions appelé à donner encore un conseil à cet égard, nous recommanderions d'agir sur une plus large surface, de comprendre dans la compression une bonne partie de la partie inférieure de la cage thoracique, et en même temps d'augmenter celle-ci d'une manière graduelle.

---

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

---

### QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE BUBON ET SUR SON TRAITEMENT.

Je ne veux pas faire ici l'histoire complète du bubon, l'un des accidents les plus fréquents et l'un des plus graves des maladies vénériennes. Mon intention est seulement de m'occuper de quelques-uns des points qui intéressent le plus prochainement le traitement de cette affection. Toutefois, avant d'entrer dans les considérations pratiques qui vont suivre, je vais établir, sous forme de propositions, ce que la science possède aujourd'hui de positif sur ce sujet, et indiquer les divisions qu'il faut admettre dans son étude.

Comme siège, le bubon appartient principalement aux ganglions lymphatiques sans distinction de région. Les ganglions lymphatiques, siège rigoureux du bubon, peuvent rester seuls affectés; mais le plus ordinairement, le tissu cellulaire ambiant ne tarde pas à se prendre. Ainsi, rigoureusement parlant, on devrait donner au bubon le nom plus précis d'adénite; mais, comme nous venons de le dire, attendu que les ganglions lymphatiques ne restent pas toujours seuls affectés, le mot de bubon, ne désignant pas plus l'affection des ganglions que celle du tissu cellulaire, semble jusqu'à présent préférable.

Les bubons sont ou superficiels, ou profonds, suivant la région où les ganglions lymphatiques se trouvent placés: ils sont sus- ou sous-aponévrotiques. Un ou plusieurs ganglions peuvent être pris isolément, ou ensemble: de là le bubon isolé, ou les bubons multiples, et cela, dans des régions différentes ou dans une même région.

Comme causes, ils sont ou la conséquence des causes communes des inflammations, ou bien, ils sont dus à l'infection spéciale du virus syphilitique: de là les bubons inflammatoires simples et les bubons virulents.

Le bubon virulent est toujours la conséquence de l'absorption du pus provenant d'un chancre ou ulcère syphilitique primitif placé sur le trajet d'un lymphatique en rapport direct avec le ganglion affecté. Il n'y a pas de bubon virulent sans l'existence obligée et préalable du chancre dans les conditions que nous venons de signaler.

Le bubon réputé d'emblée n'est considéré comme tel qu'en vertu d'une erreur, d'un manque d'attention du malade, ou d'un défaut d'appréciation des circonstances dans lesquelles il s'est développé, de la

part du médecin. La plupart des bubons dits d'emblée, avec lesquels il n'a existé aucune ulcération, ne consistaient tout simplement que dans une inflammation ordinaire et sans virulence.

Le bubon virulent n'affecte ordinairement qu'un seul ganglion, autour duquel, dans une même région, d'autres ganglions peuvent devenir malades, sans cependant être eux-mêmes infectés. Dans quelques cas pourtant, plusieurs ulcérations, dans des parties voisines, peuvent chacune infecter isolément un ganglion.

Chose remarquable, l'infection virulente ne s'établit pas d'un ganglion à l'autre dans les ganglions superficiels, et à plus forte raison des ganglions superficiels aux ganglions profonds.

De toutes les causes des maladies vénériennes, la cause la plus commune des bubons c'est le chancre; mais le chancre n'agit pas toujours de la même manière pour produire le bubon. Il peut influencer le ganglion lymphatique comme le ferait toute autre ulcération sans spécificité, et déterminer alors une adénite simple; ou bien, il agit spécifiquement par le transport du pus qu'il fournit à travers les lymphatiques, et donne lieu à l'adénite virulente, qui constitue alors un véritable chancre ganglionnaire.

Le bubon est très-rare à la suite de la blennorrhagie; mais on le trouve encore assez fréquemment à la suite du chancre urétral.

Mais si le chancre est une des causes les plus communes des bubons, son influence est d'autant plus prononcée qu'il se présente dans certains rapports de siège, faciles à préciser dans certains cas, ce qui n'est pas sans importance sous le point de vue du pronostic. Ainsi, par exemple, tandis que le chancre du frein produit presque fatalement l'adénite, le chancre d'inoculation artificielle, ou le chancre accidentel de la face interne de la cuisse n'y ont, jusqu'à présent, jamais donné lieu. Il est bien entendu que, pour arriver à ces conclusions, il ne faudra pas expliquer quelques cas d'adénites, comme on l'a fait dernièrement dans un article publié dans la *Clinique de Montpellier*, où, sans aucune raison, on attribue à une inoculation artificielle une adénite qu'il était bien plus naturel de rapporter au chancre existant encore à la verge!

Il n'est plus possible aujourd'hui d'admettre les conséquences que Bell avait déduites de ses minces relevés relatifs à l'influence de la cauterisation du chancre sur la production des bubons: l'observation récente en a fait justice.

Envisagé toujours comme accident lié aux accidents primitifs des maladies vénériennes, et constituant ce que j'appelle rigoureusement un accident successif, qu'il soit ou non virulent, le bubon peut affecter une marche aiguë, ou prendre d'emblée l'allure des affections chroniques. Le

bubon qui reconnaît la blennorrhagie pour point de départ appartient le plus ordinairement aux bubons aigus, franchement inflammatoires ; à moins de modifications apportées par une constitution débile, lymphatique, scrofuleuse, qui tend à lui imprimer une marche sub-aiguë.

Si nous envisageons le bubon comme conséquence du chancre, nous trouvons ce fait très-remarquable et constituant une règle générale, que toutes les fois qu'il succède à un chancre non induré, sa marche est ordinairement franchement inflammatoire aiguë ; tandis que, au contraire, s'il reconnaît pour cause ou pour point de départ le chancre induré, il affecte d'emblée la même forme que le chancre auquel il succède ; c'est-à-dire qu'alors ses caractères sont ceux des affections à marche lente, indolente et chronique.

Les engorgements lymphatiques appartenant plus particulièrement aux affections strumeuses, qui viennent si souvent se combiner ou s'interposer parmi les symptômes vénériens avec lesquels on pourrait les confondre dans la région inguino-crurale et pelvienne, débutent le plus ordinairement par les ganglions profonds, et surtout par les ganglions iliaques, ce qui est absolument le contraire des adénites vénériennes proprement dites, et des adénites virulentes en particulier. On peut même dire ceci : qu'à moins de la complication dont nous venons de parler, les adénites virulentes ne tendent jamais à se compliquer par elles-mêmes de l'engorgement des ganglions profonds, et surtout de ceux de la fosse iliaque.

Les bubons, comme nous venons de le dire, liés aux accidents primitifs, constituent le plus souvent un accident successif inflammatoire simple ou virulent ; mais dans quelques circonstances, l'engorgement des ganglions lymphatiques peut avoir lieu sous l'influence de la vérole constitutionnelle, et constituer alors ce qu'on a appelé le bubon secondaire. Ces engorgements des ganglions lymphatiques, ou bubons secondaires, se montrent d'une manière assez régulière et presque générale à la première période de l'infection constitutionnelle, comme prélude ou symptôme concomitant des éruptions syphilitiques, qu'on pourrait appeler de la première poussée. Le siège dans lequel ils se manifestent ordinairement est la région cervicale postérieure.

Une condition qui pourrait être rapprochée de celle dont il vient d'être question, c'est l'engorgement ganglionnaire, qu'on rencontre très-fréquemment dans la région inguino-crurale, concurremment avec un chancre induré des organes génitaux, à la période où l'infection constitutionnelle a déjà lieu, de telle façon que ces engorgements multiples des régions inguino-crurales doivent déjà être considérés comme distincts de l'infection appartenant encore à l'accident primitif dans le

bubon virulent proprement dit, et constituer un accident de transition de l'état primitif aux accidents secondaires, s'il n'est déjà l'accident secondaire lui-même.

— Sans entrer dans tous les détails qu'exigerait un diagnostic différentiel absolu, nous insisterons sur les points qui nous paraissent les plus importants. Quels que soient les antécédents du malade, le siège qu'affecte le bubon, sa marche, le nombre des ganglions affectés, le temps auquel il s'est montré à la suite d'un coït réputé suspect, s'il n'existe chez le malade aucune trace d'ulcération primitive dans les régions en rapport d'absorption avec les ganglions affectés, qu'il n'y ait aucune sécrétion morbide, qu'à aucune époque antérieure le malade n'en ait noté, alors il n'est pas probable qu'on ait affaire à un bubon virulent.

Quand la blennorrhagie a précédé l'adénite, si celle-ci peut être rapportée à l'écoulement comme conséquence, la blennorrhagie constituant une affection non virulente par elle-même, à moins de l'existence d'un chancre urétral, il est encore très-probable qu'on a affaire à une adénite inflammatoire simple. Cependant, les blennorrhagies non compliquées de chancre urétral donnent très-rarement lieu aux bubons. La coïncidence d'un bubon avec une blennorrhagie doit faire présumer l'existence d'un chancre urétral.

Quand le bubon a été précédé d'un chancre qui affecte les ganglions superficiels, qu'un seul ganglion est affecté, il devient beaucoup plus probable qu'on a affaire à un bubon virulent.

Le bubon inflammatoire se développe ordinairement dans les premiers temps et à la période aiguë des accidents auxquels il succède. Il sera d'autant plus probable qu'on aura affaire à un bubon d'absorption ou bubon virulent, que l'adénite se sera développé plus tard. C'est ordinairement après la seconde, la troisième, la quatrième semaine de l'existence d'un chancre, et quelquefois même alors que celui-ci est sur le point de se cicatriser, que le bubon d'absorption se développe.

L'adénite multiple, comme nous l'avons déjà fait pressentir, ne peut être considérée comme symptôme d'infection constitutionnelle, qu'alors qu'elle a été précédée du chancre même dans les conditions signalées plus haut.

D'après les considérations qui précèdent, et qui sont les principales sous le point de vue du diagnostic, on voit que s'il est possible d'arriver au diagnostic rationnel, on ne peut jamais se prononcer d'une manière absolue sur la nature intime du bubon pris à part, si ce n'est dans les circonstances dans lesquelles le bubon se termine par suppuration. Ce n'est qu'alors, en effet, que par la nature du pus susceptible d'être inoculé dans le cas de bubon virulent, et par conséquent, réel-

lement précédé de chancre, qu'on peut distinguer cette forme de l'adénite de celle qui a eu la blennorrhagie simple pour cause, et qui ne s'inocule jamais, ou de toute autre condition inflammatoire.

Pour arriver à ce diagnostic du bubon virulent, en cas de suppuration, l'inoculation artificielle n'est même pas nécessaire; les ouvertures qu'on pratique, ou celles qui se font spontanément ne tardent pas à prendre la physionomie de l'ulcère syphilitique primitif, et le foyer du bubon lui-même prend bientôt un aspect qui ne laisse plus de doute sur la nature de la maladie. Mais, je le répète, avant l'ouverture du bubon il est de toute impossibilité de savoir s'il est ou non virulent.

Il est bien entendu que dans le bubon virulent le pus spécifique est d'abord contenu dans le ganglion lymphatique, et ne se mêle que plus tard au pus phlegmoneux du tissu cellulaire ambiant; de telle façon, comme je l'ai démontré ailleurs, que pendant une certaine période on peut encore trouver deux couches de pus, l'une qui s'inocule, et l'autre qui ne s'inocule pas, ce qui a été des causes d'erreurs dans des résultats d'inoculation.

— Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur la question du pronostic, nous pouvons établir les propositions suivantes :

Le bubon qui succède à la blennorrhagie a de la tendance à se terminer par suppuration, mais il est facile d'empêcher cette terminaison, et d'en obtenir la résolution.

Le bubon qui succède au chancre sans induration se termine presque fatalement par suppuration, et s'il est quelques cas rares dans lesquels on puisse obtenir la résolution, on peut presque conclure alors qu'il s'agit d'un bubon inflammatoire simple.

Le bubon qui succède au chancre induré ne suppure jamais, à moins de circonstances accessoires, qui viennent en quelque sorte forcer cette terminaison.

Quant aux bubons strumeux, et qui ne sont pas de nécessité liés à des accidents vénériens proprement dits, leur histoire entre dans celle des adénites en général, et je ne dois pas m'y arrêter.

Un fait remarquable déjà signalé par les bons observateurs, et dont on peut tous les jours vérifier l'exactitude dans le service de l'hôpital des vénériens, c'est qu'il est très-rare de voir survenir, quel que soit le traitement, des accidents de syphilis constitutionnelle à la suite du bubon qui suppure; non pas que cette suppuration puisse être considérée comme une élimination du principe infectant, mais parce que le bubon suppuré est lié au chancre non induré, à la suite duquel la vérole constitutionnelle est très-rare, circonstances qui doivent se rapporter plutôt à des conditions d'idiosyncrasie, qu'à la nature du principe, qui reste

toujours le même, et en vertu duquel, dans le chancre induré et dans bubon indolent non suppuré qui en est la conséquence, on voit survenir fatalement les accidents d'infection constitutionnelle.

— De ce qui précède, il est facile de conclure qu'une seule et même médication ne saurait convenir dans tous les cas de bubon réputés vénériens; que les succès constants attribués à telle ou telle méthode doivent, dans la plupart des cas, les rendre suspectes aux yeux des gens habitués à traiter ces accidents.

Il y a dans le traitement des bubons des indications communes à remplir. Quelle que soit la variété à laquelle le bubon appartienne, s'il est de nature inflammatoire, les antiphlogistiques généraux et locaux doivent être mis en usage, et cela suivant le degré d'intensité de la phlegmasie.

Un moyen que j'ai récemment expérimenté, et dont j'ai beaucoup à me louer, consiste, quelle que soit la nature présumée de l'adénite, tant que le ganglion reste isolé, que le tissu cellulaire ambiant n'est pas encore affecté, que la peau est encore libre d'adhérence, à pratiquer le débridement sous-cutané du ganglion malade. On glisse pour cela entre la peau et lui un bistouri à lame très-étroite, dirigé d'une de ses extrémités à l'autre, et on divise sa coque fibreuse dans toute son étendue, de manière à transformer une inflammation avec étranglement en inflammation simple. Quand les ganglions sont très-volumineux, on peut ajouter à une première incision, dans le sens du grand diamètre, une seconde incision cruciale. Ces incisions se réduisent du côté de la peau à une ou deux simples ponctions. Dans tous les cas d'adénite inflammatoire, avant la période de suppuration et dans les circonstances où on n'a pas affaire à des bubons d'absorption, il est possible d'obtenir la terminaison de la maladie et la résolution dans un temps moitié moins long, pour ne pas dire plus, que par les moyens ordinaires. Cette méthode du débridement sous-cutané des ganglions, que je n'hésite pas à vanter, doit être rapportée, comme point de départ, aux belles recherches de M. J. Guérin.

Quand déjà l'adénite s'est compliquée d'une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire ambiant, et avant la période de suppuration, le débridement sous-cutané ne pouvant plus être exécuté, je me contente de pratiquer plusieurs ponctions dans toute l'épaisseur de la tumeur, et à trois ou quatre lignes les unes des autres; ces ponctions produisent un dégorgement beaucoup plus favorable, sans déterminer beaucoup plus de douleurs que les sangsues. Dans l'un ou l'autre cas, soit du débridement, soit des ponctions multiples, si la tumeur était d'abord très-inflammatoire, on a recours aux applications émollientes; dans les cas



où l'affection est moins aiguë, et où la compression peut être supportée, c'est à elle que j'ai immédiatement recours.

Quand les bubons sont arrivés à la période de suppuration, comme on doit toujours chercher à éviter le plus possible les cicatrices étendues, c'est encore aux ponctions multiples, ponctions qu'on a beaucoup vantées avec raison dans ces derniers temps, et que Bell avait conseillées, qu'il faut donner la préférence. Le nombre de ces ponctions doit être relatif à l'étendue du foyer. Si l'on a affaire à un foyer virulent, chaque ponction ne tarde pas à s'inoculer; les ponts qui les séparent sont bientôt détruits par l'ulcération virulente, et le foyer du bubon est mis à découvert, quoi qu'on fasse. Dans ces cas aussi il est tout à fait inutile d'entretenir les petites ouvertures à l'aide de mèches, comme on l'a conseillé. Mais dans les cas de foyer non virulent dont on a fait l'ouverture par des ponctions multiples, il peut être avantageux d'entretenir les petites ouvertures à l'aide de brins de charpie tordus, de manière à favoriser l'évacuation du pus, sans être dans la nécessité de pratiquer à plusieurs reprises de nouvelles ouvertures.

J'ai depuis longtemps abandonné la méthode de traitement du bubon par le vésicatoire et les solutions caustiques de sublimé corrosif ou de sulfate de cuivre. Cette méthode, qui a pu donner d'assez beaux résultats, est trop douloureuse et entraîne le plus ordinairement des cicatrices indélébiles, qu'on peut éviter par les autres moyens. J'emploie le vésicatoire dans les circonstances où les bubons à marche lente ne tendent ni à la suppuration, ni à la résolution; le vésicatoire est souvent alors un coup de fouet utile, qui donne lieu à l'une ou à l'autre de ces terminaisons.

Dans le bubon indolent, le vésicatoire employé comme résolutif est très-avantageux, quand on a le soin de faire faire les pansements avec de l'onguent mercuriel double; quand un premier vésicatoire pansé de cette façon est sec, je fais appliquer la compression tout en continuant les frictions mercurielles, quelle que soit d'ailleurs la nature du bubon, l'onguent n'étant employé que comme résolutif. Si, sous l'influence de la compression continuée pendant cinq ou six jours, à la suite du vésicatoire, on n'obtient pas de diminution dans la tumeur, un nouveau vésicatoire est appliqué pour être de nouveau suivi de la compression; et ainsi de suite.

Dans le bubon suppuré, quand il existe du décollement, avant de faire le sacrifice de la peau décollée, on peut encore avoir recours au vésicatoire. Il n'est pas rare, en effet, d'obtenir ainsi la guérison, alors qu'on aurait cru d'abord devoir enlever toutes les portions de peau très-amin-

cies. Le vésicatoire a pour effets d'épaissir la peau, d'activer le foyer et de déterminer fréquemment le recollement. Ce n'est que dans les circonstances où la peau est par trop altérée, amincie, qu'il faut en faire le sacrifice, soit à l'aide de la pâte de Vienne, soit avec l'instrument tranchant.

Dans les cas de bubons indolents indurés qui ne sont pas liés au chancre induré, si les frictions résolutives, si la compression simple, si l'emploi du vésicatoire combiné à l'onguent mercuriel restent sans résultat, on peut encore employer avec beaucoup d'avantage la division sous-cutanée des parties engorgées. On introduit dans l'épaisseur de la tumeur, par une simple piqûre, un bistouri à lame étroite, et à l'aide duquel, avec toute la prudence qui est exigée par les régions sur lesquelles on opère, on divise en différents sens la tumeur. Cette espèce de broiement, que M. J. Guérin a du reste appliqué à diverses tumeurs, est beaucoup plus efficace et bien plus rapide dans ses résultats que le séton conseillé dans les cas analogues, et que nous avons eu l'occasion d'employer fréquemment à l'hôpital des Vénériens. Ce broiement est bien plus facile et infiniment moins douloureux que l'écrasement qui avait été proposé par notre savant collègue et ami, M. Malgaigne, et qui devait être opéré à travers les téguments, à l'aide d'un cachet de bureau ou d'un autre corps dur.

En général, je n'ai recours aux applications caustiques, à la pâte de Vienne en particulier, que dans les cas où les différents moyens que je viens d'énumérer sont restés sans effet. Dans les engorgements plus particulièrement liés à des conditions strumeuses, où il y a des ganglions indurés, indolents, où la peau est percée de trajets fistuleux, et est trop altérée pour être susceptible d'être ramenée à l'état normal, alors on agit, en couvrant la tumeur d'une couche de pâte de Vienne, de l'étendue seulement du tiers de la partie qu'on veut détruire ; puis après la chute d'une première escarrhe, suivant le degré de profondeur auquel on est parvenu, on fait une seconde, une troisième application, de manière à détruire couche par couche toutes les parties altérées. Ce n'est que dans des cas extrêmement rares, dans lesquels on aurait à craindre que le caustique ne portât sur des parties importantes à ménager, qu'il faut avoir recours à l'extirpation des ganglions altérés ; circonstances, du reste, qui n'appartiennent plus en propre aux maladies vénériennes, qui se rapportent plutôt aux affections ganglionnaires, et rentrent dans le domaine de la chirurgie générale.

Mais il est important de faire observer que, pour les bubons qui succèdent au chancre induré, et qui en affectent les caractères, comme pour les engorgements qu'on doit rattacher à la syphilis constitutionnelle,

le traitement local n'a presque plus besoin d'être dirigé avec l'activité nécessaire dans les autres variétés du bubon. Ici les applications de sangsues ne sont presque jamais nécessaires ; les applications émollientes inutiles, les ponctions, le débridement ne doivent nullement être employées. Aussi, à moins d'accidents inflammatoires rares, à moins de suppuration, qu'on n'observe presque jamais, le traitement de ces engorgements doit consister dans l'emploi des anti-syphilitiques proprement dits. Le traitement mercuriel que réclame le chancre induré est celui qui suffit pour amener la guérison du bubon, qui en est la conséquence. Cependant, comme médication plus spéciale, les frictions mercurielles combinées à la compression constituent encore le meilleur moyen.

Quand le bubon virulent s'est terminé par suppuration, le traitement est le même que celui qui doit être appliqué à l'ulcère primitif, dont le bubon est la conséquence.

Le bubon par lui-même n'ajoute rien aux exigences comme traitement général de l'accident vénérien qui a pu le précéder ; c'est cet accident lui-même qui, par sa nature, doit déterminer le genre de médication auquel on doit avoir recours.

A part les conditions qui se rattachent au principe syphilitique et à l'infection constitutionnelle, le bubon étant souvent lié à des conditions strumenses, l'emploi des amers à l'intérieur, des préparations iodurées, de l'iodure de potassium ou de l'iodure de fer, donne d'excellents résultats ; et ces moyens ne doivent jamais être négligés.

RICORD.

#### QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES PRODUITS ACCIDENTELS DE LA VERGE, ET LEUR TRAITEMENT.

Pour établir sur une base solide l'histoire pathologique d'un organe, il est indispensable de recueillir avec soin et de retracer avec la plus scrupuleuse exactitude les lésions anatomiques de cet organe, si surtout elles se présentent rarement à notre observation, et si la science n'en possède qu'un très-petit nombre. C'est ce qui a lieu pour les tumeurs de la verge (je n'entends parler ici que de celles qui ne reconnaissent pas pour cause le virus syphilitique, car celles-ci pullulent dans les traités spéciaux). De ces tumeurs, les unes siègent ou paraissent de prime abord siéger dans l'épaisseur de la peau : ainsi certains névômes, dont j'ai observé deux cas, l'un en 1835 à l'hôpital de la Pitié, et l'autre tout récemment à l'hôpital Saint-Louis. Dans ces deux cas, la tumeur, excessivement douloureuse, n'avait nullement altéré la coloration de la

peau, à la surface de laquelle elle faisait un peu relief, si bien qu'on pouvait la croire développée dans son épaisseur; cette disposition était surtout marquée chez le malade de l'hôpital Saint-Louis, qui portait la tumeur à la face dorsale de la verge, à 2 centimètres de l'arcade du pubis. — M. Lisfranc, dont j'étais alors interne, pratiqua l'extirpation d'une semblable tumeur, dont le volume n'excédait pas celui d'un pois, et sur la nature de laquelle la symptomatologie et l'anatomie pathologique ne laissèrent aucun doute. En effet, douleurs fixes en un point correspondant à la tumeur, s'irradiant en diverses directions, et singulièrement exaspérées par la pression. Quant au tissu qui la constituait, il était dense, fibreux, blanchâtre, et de la consistance du squirrhe. — Vers la même époque, M. Lisfranc extirpa une autre tumeur également développée dans le tissu cellulaire et dans la peau de la verge : c'était un petit fungus ou tumeur sanguine. — Parmi les autres tumeurs du pénis, celles, par exemple, qui occupent les corps caverneux, leur histoire, depuis Boyer, qui les a décrites sous la mauvaise dénomination de *ganglions*, leur histoire, dis-je, n'a pas varié. Ces soi-disant ganglions, qui se développent principalement à l'occasion d'exès de coït, ou d'une violence quelconque exercée sur le pénis, sont le plus souvent produits par un épanchement sanguin provenant de la déchirure de quelques-unes des cellules du tissu caverneux, et sont constituées par un noyau fibreux résultant de la transformation du caillot sanguin. — Ces tumeurs, bridées par l'enveloppe fibreuse du corps caverneux, sous laquelle ils font un relief plus ou moins considérable, mais toujours circonscrit, ne peuvent être confondues avec celles que j'ai précédemment indiquées. Sans parler de l'espèce de brisure qu'elles font éprouver au pénis, qui, dans l'état d'érection, se courbe dans le point où elles siègent (phénomène qui n'existait pas dans les trois observations mentionnées plus haut), le toucher permet toujours de s'assurer qu'elles n'ont avec la peau et avec le tissu cellulaire aucun rapport direct; et il est facile d'établir le siège précis qu'elles occupent. Telles sont, en y ajoutant toutefois quelques ossifications partielles et les tumeurs anévrysmales, qui ne rentrent pas dans mon sujet, les principales tumeurs que les auteurs ont décrites. Encore je dois dire que je n'ai trouvé dans aucun l'indication des névromes dont je viens de citer deux exemples.

Est-ce à dire que le dernier mot ait été dit relativement à ces tumeurs du pénis? Doit-on interpréter dans ce sens le silence des nosographes; et ne pourrait-il pas se faire que le tissu cellulaire du fourreau de la verge, tissu si lâche, si extensible, se prêtât au développement d'un autre ordre de tumeurs, et qu'il y fût même favorable, précisément à cause de ces propriétés physiques? L'observation suivante va le prouver.

*Kyste fibreux développé dans le tissu cellulaire sous-cutané de la verge.* — Un homme âgé de trente-neuf ans entre dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, pour s'y faire traiter d'une tumeur qu'il porte au pénis. La maladie a débuté sans cause appréciable, il y a dix-huit mois. A cette époque, le nommé Chitel remarqua, sur le côté droit de son pénis, une petite grosseur, une nodosité qui glissait en tout sens, était indolore à la pression, et ne s'accompagnait d'aucune modification appréciable du derme. Cette tumeur offrait de la dureté, et un certain degré de rénitence, s'il faut en croire le dire du malade, d'ailleurs fort intelligent. Interrogé sur ses antécédents, Chitel nous dit qu'il a eu la vérole autrefois (chaude-pisse et chancres), mais que depuis le traitement sévère auquel il s'est soumis, il n'en a éprouvé aucune atteinte. La tumeur du pénis a fait, dans l'espace de dix-huit mois, des progrès rapides : elle a envahi dans presque toute sa longueur la moitié latérale droite de la verge. En la saisissant entre les doigts et le pouce, on s'assure aisément de sa mobilité ; dure en avant surtout, elle est plus rénitente, plus élastique dans ses deux tiers postérieurs, qui présentent un renflement du volume d'un œuf de pigeon : on peut la détacher du corps caverneux dans toute son étendue ; en arrière, et dans un point seulement, il y a quelque doute à cet égard : la peau, sans adhérence aucune avec la tumeur, glisse à sa surface, et se présente avec tous ses caractères normaux. Quelques veines sous-cutanées, en regard de la tumeur seulement, ont paru un peu plus dilatées que de coutume. Dans l'érection, qui n'est point douloureuse, et qui peut se faire complètement, la verge se déjette de droite à gauche, et la tumeur devient très-dure. Ce produit accidentel s'oppose au coït autant par son volume que par la direction vicieuse qu'il imprime au pénis. — En examinant avec soin cette tumeur, et en la faisant proéminer sous la peau, très-fortement tendue à sa surface, il sembla à quelques personnes qu'il existait de la fluctuation dans le renflement oyoïde de son extrémité postérieure ; d'autres furent d'avis qu'il s'agissait seulement d'un tissu fibreux anormal. On verra plus tard comment le doute était possible à cet égard, et les difficultés dont le diagnostic précis était environné. — En présence d'une semblable tumeur, le seul parti rationnel à prendre était l'opération : M. Jobert y procéda de la manière qui suit.

La peau étant fixée et tendue sur la tumeur, en arrière, par l'opérateur, à l'aide de sa main gauche, en avant par les doigts d'un aide, chargé en même temps de protéger le gland, une incision fut faite longitudinalement et parallèle à la tumeur, qu'elle dépassa un peu à ses deux extrémités. Les lèvres de cette incision furent disséquées dans une très-petite étendue, et une traction modérée sur chacune d'elles suffit pour

mettre à découvert la tumeur. Le chirurgien en fit la dissection d'avant en arrière. En arrivant sur son renflement postérieur, le bistouri pénétra dans une cavité d'où s'écoula un jet d'un liquide séreux un peu trouble et jaunâtre. L'opérateur alors, quittant le bistouri pour des ciseaux, acheva de fendre dans toute sa longueur la paroi du kyste qu'il venait de pénétrer, puis il en acheva promptement la dissection. L'enveloppe fibreuse du corps caverneux fut ainsi mise à nu; son intégrité fut constatée aussi bien en arrière, où il existait quelques adhérences entre elle et la tumeur, que dans tout le reste de son étendue, où elle en était parfaitement distincte. Deux branches volumineuses de l'artère dorsale du pénis durent être liées. Puis M. Jobert fit la réunion immédiate par cinq points de suture entortillée.

L'examen anatomique de la tumeur démontra l'existence d'un premier kyste fibreux dont les parois avaient plusieurs millimètres d'épaisseur. Lisse à sa surface interne, il était en rapport en dehors avec un tissu cellulaire lamelleux, dense, renfermant quelques granulations d'apparence et de consistance fibro-cartilagineuse. Ce kyste principal correspondait au renflement postérieur de la tumeur. Il communiquait avec une cavité secondaire par une ouverture rétrécie en forme de goulot. Ce second kyste présentait les mêmes caractères physiques que le premier. Le tiers antérieur de la tumeur était constitué par le tissu cellulaire qui, en se condensant, avait formé des bandes fibreuses terminées en avant tout à fait à la base du gland par un noyau d'induration blane jaunâtre.

— En réfléchissant bien aux détails de cette observation, on ne saurait être surpris de l'opposition qui divisa les esprits relativement à la nature de la maladie; car s'il est vrai qu'en général, dans l'étude des tumeurs, le diagnostic soit le point le plus difficile, il le devient bien plus encore quand il s'agit d'une tumeur composée; ici, alors, la variété des éléments pathologiques explique la diversité d'opinion, et chacun trouve ainsi dans la dissection de la tumeur des raisons suffisantes pour justifier son avis et légitimer son diagnostic. C'est précisément ce qui arrive chez notre malade, qui, à côté de deux tumeurs liquides, à parois dures et épaisses, présentait un véritable tissu fibreux, solide et résistant sous la pression.

Quant aux indications pratiques qui doivent régler le manuel opératoire lors de l'extirpation des tumeurs de la verge, les unes se rattachent à l'opération elle-même, les autres se lient au mode de pansement. Pour ne parler que des premières, le chirurgien ne doit pas perdre de vue les fonctions toutes spéciales de la peau du pénis; organe protecteur et d'enveloppe; ses dimensions sont en rapport avec les diverses

attitudes du pénis et les dimensions si différentes qu'il peut prendre. Aussi doit-on, qu'on me passe le mot, ménager l'étoffe dans les diverses opérations du genre de celles qui nous occupent : toute perte de substance du fourreau de la verge devant avoir pour résultat de le rétrécir dans l'une et l'autre de ses dimensions, et par conséquent pouvant, jusqu'à un certain point, mettre obstacle à l'accomplissement de la fonction spécialement dévolue à cet organe. Aussi, quand la lésion anatomique aura exigé le sacrifice d'une portion de la peau du pénis, pour peu que la perte de substance soit un peu notable, il nous semble irrationnel de tenter la réunion par première intention ; il faut alors laisser la cicatrice se faire de toute pièce ; encore doit-on énergiquement réprimer les bourgeons charnus, afin de s'opposer au rétrait concentrique des bords de la solution de continuité. L'oubli de ces précautions conduirait sûrement aux accidents que nous signalions il y a un instant ; c'est-à-dire que dans l'érection, ou bien le pénis serait bridé circulairement au niveau de la cicatrice, ou bien il éprouverait une sorte de rétraction ou d'indinaison latérale dans le point occupé par cette même cicatrice, trop complètement abandonnée aux seuls efforts de la nature. On comprend ensuite aisément quelle pourrait être l'influence de cette disposition anormale sur l'urètre, et l'obstacle qui pourrait en résulter pour l'émission des urines et du sperme.

Quand on a recours à la suture, comme dans notre observation, il est un soin important qu'il ne faut pas non plus perdre de vue : c'est de ne pas, avec le même fil, passer d'une aiguille à l'autre ; car si, après le pansement, le malade venait à entrer en érection, comme les sutures auraient été appliquées la peau étant ainsi que son fourreau dans l'état de relâchement, il s'ensuivrait que par le fait même de l'allongement tout physiologique de ces parties, les sutures se tireraient l'une l'autre, le fil, disposé comme nous l'avons dit, ne leur permettant pas alors de se prêter à l'allongement de la peau. Ce soin, indispensable dans tous les cas, le devient bien davantage s'il s'agit de la réunion d'une plaie longitudinale, comme chez notre opéré.

Quant à la suture en elle-même, il est entendu qu'elle est la seule voie de réunion immédiate qui soit praticable : les agglutinatifs ne pouvant être mis en usage sans déterminer la plupart des accidents que j'ai signalés ; d'ailleurs, ne sait-on pas que le moyen infailible de produire l'érection, c'est de comprimer la verge circulairement, comme le feraient les bandelettes agglutinatives ? Or, c'est précisément là ce qu'il faut éviter. On ne saurait trop insister sur le choix des fils en quatre ou cinq et rubanés pour la confection des sutures, et sur l'importance qu'il y a à en multiplier les tours sur les épingles. Outre qu'on

évite ainsi les pincements des bords de la plaie, ce qu'on désigne vulgairement sous le nom de cerises, on a encore l'avantage, quand on retire les épingles, de laisser ces fils, qui forment un moyen d'union qui comprime légèrement, solidifié qu'il est par la dessiccation du peu de sang qui s'est écoulé entre eux et la peau.

Nous avons constamment vu cette pratique recommandée et suivie par M. Lisfranc; je l'ai moi-même pratiquée plusieurs fois, et il est vrai de dire que la cicatrice est on ne peut plus linéaire, et n'offre jamais ces petits renflements ou nodosités si communes lorsqu'on a négligé la précaution que je signale.

Après avoir tenté la torsion de deux artères volumineuses sur le dos de la verge, M. Jobert en fit la ligature, et il a eu raison; car si, en principe, on ne doit jamais procéder à la réunion immédiate qu'après s'être bien assuré que l'écoulement de sang n'est plus à craindre, cette assurance est bien plus indispensable dans les opérations que l'on pratique dans une région où, comme à la verge, le tissu cellulaire est lâche, fin et facilement perméable aux liquides épanchés. Cette disposition anatomique, en effet, serait on ne peut plus favorable à l'infiltration sanguine dans une étendue considérable, et aux accidents inflammatoires qui pourraient en résulter, pour peu que l'hémorrhagie fût abondante. Cette indication pratique a été fort bien saisie par M. Jobert, qui l'a lui-même signalée au moment de lier les vaisseaux artériels contre lesquels la torsion avait échoué, ce qui s'explique par la densité du tissu fibreux des corps caverneux, à la surface desquels ils étaient situés.

Je terminerai par un dernier mot sur l'incision longitudinale du kyste pratiquée par M. Jobert, dès qu'il eut constaté la véritable nature de la tumeur. Cette pratique était celle de Dupuytren, c'est aujourd'hui celle de M. Lisfranc. Tous les chirurgiens expérimentés savent, en effet, combien ce précepte, qui veut qu'on enlève les tumeurs enkystées sans les ouvrir et tout d'une pièce, donne de peine à l'opérateur, et prolonge inutilement une manœuvre toujours très-douloureuse: il est en effet bien plus aisé d'attirer à soi, de tendre et disséquer la paroi membraneuse d'un kyste, préalablement vidé de la matière qu'il renferme, que de le disséquer avec sa forme primitive, globuleuse. Pour peu que la matière contenue dans sa cavité soit liquide, les parois s'affaissent sous les doigts, la tumeur glisse entre ceux-ci, qui ne peuvent la fixer convenablement, tous inconvénients faciles à éviter, et auxquels on doit apporter une sérieuse attention, s'il est vrai que les petites choses enfantent souvent des résultats disproportionnés et imprévus en science pratique, et si surtout, comme cela n'est pas douteux,



on s'expose en les négligeant à prolonger sans nécessité les angoisses du malade.

AM. FORGET.

---

DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES  
PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

On pense généralement que la rupture prématurée des membranes avant la dilatation complète de l'orifice est un accident fâcheux dans la plupart des cas; il s'en faut de beaucoup que la pratique journalière ait démontré la vérité de cette proposition. Nous croyons, au contraire, que, dans un grand nombre de circonstances où cette rupture n'a pas lieu spontanément, il est souvent très-utile de l'opérer artificiellement, même avant la dilatation complète du col utérin; bien entendu que nous voulons parler des cas où le sommet se présente; car, dans les autres présentations, celles de la face, de l'extrémité pelvienne, et du tronc surtout, il est hors de doute que cette rupture prématurée peut avoir de graves inconvénients. En effet, ces présentations, après la rupture des membranes, ne bouchent pas l'orifice aussi hermétiquement que le sommet, et laissent écouler, jusqu'à ce que la dilatation soit complète, une grande quantité de liquide amniotique, quelquefois même la totalité des eaux. Alors souvent le travail, si la présentation permet l'accouchement spontané, est long, difficile, et surtout dangereux pour l'enfant, qui reste exposé, pendant toute la durée de l'accouchement, à la compression immédiate de l'utérus; et si l'enfant se présente par le tronc, l'opération qui devient alors indispensable pour extraire le produit, la version est plus difficile, plus douloureuse pour la mère, et plus grave pour l'enfant.

Mais les mêmes inconvénients, nous le répétons, n'existent pas quand le sommet se présente. Si la rupture a lieu spontanément avant que la dilatation se soit achevée, il s'écoule en général si peu de liquide amniotique, qu'on est quelquefois obligé de soulever légèrement et de temps en temps la tête pour laisser échapper graduellement une certaine quantité d'eau, afin de permettre à l'utérus de se contracter. Si la rupture des membranes ne s'est pas effectuée, et il arrive souvent que la présence du sommet retarde cette rupture longtemps après l'entière dilatation du col, les contractions languissent, ou cessent complètement, et l'on est obligé alors de rompre ces membranes artificiellement pour ranimer les contractions utérines.

Mais les heureux résultats de cette rupture prématurée sont-ils seule-

ment obtenus quand la dilatation est complète, quand le col utérin est souple et facilement dilatable? Non sans doute, et quoiqu'on doive poser en principe que la rupture des membranes ne doit être pratiquée que dans ces cas, cependant, dans une présentation du sommet, lorsque le bassin est bien conformé, quand bien même le col ne serait pas dilaté, même avec une résistance de ce col, cette rupture peut être indiquée dans quelques cas. Un fait, qui s'est passé tout récemment à l'Hôtel-Dieu, vient de tout point justifier cette proposition.

Une femme affectée de pneumo-thorax, et chez laquelle on trouvait le plus fort tintement métallique que nous ayons encore entendu, était couchée dans la salle de M. Honoré. Cette femme, arrivée au huitième mois et demi de sa grossesse, fut prise des douleurs de l'enfantement. Ces douleurs se manifestèrent assez énergiquement; l'utérus se contractait avec assez de force; cependant la dilatation du col utérin ne faisait aucun progrès, et la malheureuse femme était en proie à toutes les angoisses d'une suffocation imminente. M. Deguise, interne du service de M. Honoré, sentant toute la gravité du cas et la nécessité qu'il y avait d'agir promptement, me consulta sur ce qu'il avait à faire. — À mon arrivée, je trouvai le col rigide, mince, tendu et dilaté seulement comme une ancienne pièce de 3 francs. — Il était dix heures du matin, et depuis la veille au soir, malgré des douleurs assez soutenues, la dilatation n'avait pas fait le plus petit progrès. Les membranes étaient intactes, résistantes; l'enfant était mort! Quelle était la cause de ce retard de la dilatation du col? Devait-on l'attribuer à l'insuffisance des contractions? Cela pouvait être; à la rigidité même de l'orifice? cette circonstance devait sembler la plus probable, et e'était à cause d'elle qu'on n'avait pas osé rompre les membranes. Cependant j'avoue que j'étais tenté de l'attribuer bien plutôt à l'intégrité de la poche. Aussi je dis à MM. Deguise, Démare et Bourdon, qui assistaient avec moi cette pauvre femme, que, quoique le col fût rigide, à peine dilaté, enfin au mépris de toutes les règles que j'ai tracées moi-même à l'occasion de la rupture des membranes, je pensais qu'avant tout nous devions opérer cette rupture; puis ensuite, si elle était sans succès, nous devions pratiquer des incisions sur les parties latérales de l'orifice pour le dilater artificiellement. — Je préparai donc un bistouri boutonné droit, dont la lame, garnie d'une petite bande de linge dans les deux tiers les plus rapprochés du manche, n'était libre qu'à son extrémité. — Cela fait, j'opérai la rupture des membranes en les perforant avec une plume à écrire. Une assez grande quantité d'eau s'écoula brusquement; les douleurs acquirent immédiatement une énergie qu'elles n'avaient pas encore eues. La dilatation du col, l'engagement de la tête, la rotation de celle-ci, s'effectuèrent avec

tant de rapidité, qu'à notre très-grande stupéfaction à tous, en dix minutes bien comptées, l'enfant franchissait la vulve.

La pauvre malade éprouva un soulagement momentané; mais elle succomba le surlendemain aux conséquences de sa maladie de poitrine.

A ce fait, j'en pourrais joindre plusieurs autres tout aussi décisifs, quoique cependant l'effet produit par la rupture des membranes n'ait pas été aussi rapide que dans le cas que je rapporte. Dans tous ces autres cas, où la rupture des membranes avait été opérée artificiellement avant la dilatation complète, le col paraissant rigide, et une fois la poche percée, toujours le col s'était assoupli, dilaté; enfin le travail avait commencé à marcher régulièrement et avec plus de rapidité. Qu'on ne croie pas cependant qu'il entre dans ma pensée de prescrire la rupture prématurée des membranes dans les cas de résistance de l'orifice utérin: jela regarde au contraire comme dangereuse, tout à fait au début du travail, quand le défaut de dilatation du col dépend de sa rigidité bien constatée. Mais je la crois utile dans les cas où cette rigidité du col non dilaté n'est qu'apparente, et dépend seulement de la résistance des membranes ou de la distension utérine, ce qu'il faut distinguer.

En effet, dans ces circonstances, un doigt habitué peut constater qu'il n'y a pas véritablement rigidité du col; il n'est pas dilaté, il est vrai, il est tendu: mais cette tension dépend de celle de tout l'organe, si bien qu'elle cède à un léger effort du doigt, et céderait de même à l'effort que la poche ou la tête de l'enfant exercerait sur l'orifice en s'y engageant. Le défaut de dilatation dépend donc de cette distension de l'utérus, qui empêche l'organe de se contracter pour produire l'engagement de la poche, la dilatation du col et la rupture de cette poche. Le meilleur moyen de faire cesser cette rigidité du col, et de produire sa dilatation, est d'opérer la rupture des membranes.

On voit donc, en résumé, qu'il est des cas où la résistance du col et son défaut de dilatation, loin d'être une contre-indication à la rupture prématurée des membranes, nécessitent formellement cette rupture; et je crois qu'une sage application de cette exception abrégierait souvent des accouchements qui ne se prolongent autant que parce qu'on se croit trop généralement dans la nécessité de n'opérer cette rupture des membranes que lorsque la dilatation est complète.

Et comment l'élève et le jeune praticien oseraient-ils agir autrement, quand ils ne trouvent dans les ouvrages d'obstétrique, pour se guider dans cette circonstance, que des préceptes nettement formulés, si absolus, sans qu'on leur fasse entrevoir dans quels cas ils pourront s'écarter de la règle avec avantage?

CHAILLY-HONORÉ.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

## NOTE SUR LE SPARADRAP CHIRURGICAL, ET SA PRÉPARATION.

M. Bouchardat a publié dernièrement, dans le *Journal de chirurgie*, une note ayant pour but d'attirer l'attention des pharmaciens sur l'opportunité qu'il y a à ce qu'ils puissent toujours mettre à la disposition du chirurgien le meilleur sparadrap possible, attendu que lorsque ce topique est de bonne qualité, les pansements sont plus faciles, et la réunion par première intention est beaucoup plus sûre.

M. Bouchardat commence par faire observer que le sparadrap qu'on délivre dans les pharmacies de la ville est en général moins bon que celui qu'on emploie dans les hôpitaux, et qu'il désigne sous le nom de *sparadrap commun*. Ce sparadrap n'est, du reste, autre chose que le sparadrap ordinaire du Codex préparé avec le diachilon gommé, auquel il convient d'ajouter, en hiver, un peu d'huile et de la térébenthine pour le rendre plus agglutatif.

Le sparadrap des hôpitaux ne diffère du sparadrap ordinaire des pharmacies qu'en ce que la couche de masse emplastique est plus épaisse, et en ce qu'il est préparé avec de la toile écrue.

La formule du *sparadrap commun* est donc connue de tout le monde; aussi nous dispenserons-nous de la rappeler ici, contrairement à la manière d'agir de M. Bouchardat, dans l'article que nous analysons.

*Sparadrap de M. Sévin.*

Résine élémi et térébenthine, de chaque. 40 grammes.  
 Liéifiez sur un feu doux, passez et ajoutez.

Cire blanche et cire jaune, de chaque. 15 grammes.

Emplâtre simple. . . . . 50 grammes.

Faites fondre sur un feu doux et mélangez intimement.

Selon M. Bouchardat, cette masse emplastique est bonne. On obtient avec elle un sparadrap bien adhésif, d'une odeur agréable. On l'a essayé quelque temps avec succès à l'Hôtel-Dieu. On peut objecter seulement, dit-il, que la résine élémi est souvent rare et chère, et on peut craindre que la proportion un peu élevée de matière résineuse ne détermine, dans certaines conditions, une excitation qui pourrait favoriser le développement des érysipèles; on peut craindre aussi que l'absence

des gommes résines ne rende l'emplâtre un peu moins adhésif que celui de diachilon.

En définitive, dit M. Bouchardat, on n'a rien proposé de mieux jusqu'ici que l'emplâtre de diachilon gommé.

M. Bouchardat fait remarquer que c'est à tort que dans les pharmacies civiles, nombre de pharmaciens préfèrent à la toile écrue et plucheuse, spécialement employée dans les hôpitaux de Paris, de la toile fine et unie ou du calicot très-fin et bien apprêté.

M. Bouchardat décrit ensuite le *modus faciendi* usité dans les hôpitaux pour étendre sur la toile la masse emplastique, lequel est très-simple et très-bon. Il consiste, tout bonnement, à étendre le sparadrap fondu et convenablement refroidi au moyen d'un couteau à lame droite. On repasse à plusieurs reprises pour que la couche de masse emplastique soit bien uniformément étendue et suffisamment épaisse. Elle est en général trop légère dans les pharmacies civiles, dit M. Bouchardat, où l'on emploie des sparadrapiers qui ne permettent pas de rectifier les bandes trop légèrement chargées.

M. Bouchardat termine enfin sa note par une remarque qu'il dit être importante, et qui l'est en effet : c'est que le sparadrap doit être fréquemment renouvelé, au moins deux fois par mois, car sous l'influence de l'air il s'altère vite.

Qu'il nous soit maintenant permis de déposer ici le fruit de notre expérience à côté de celle du pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

1° Si le sparadrap qu'on délivre en ville est en général moins bon que celui que l'on prépare dans les hôpitaux, ce n'est, dans la plupart des cas, ni à cause de la différence de la masse emplastique mise en usage, plusieurs pharmaciens possédant, au contraire, des recettes très-certainement préférables à celle du Codex ou des hôpitaux, ni à la différence du tissu employé, toute toile pouvant être mise à contribution quand on a une masse emplastique réellement bonne.

Enfin, cette différence ne tient pas non plus à la méthode mise en usage pour étendre la masse, attendu qu'il n'est pas exact d'avancer que l'on emploie en ville des sparadrapiers qui ne permettent pas de rectifier les bandes trop légèrement chargées.

La cause de cette différence, la voici : pour une fois que l'on demande au pharmacien de la ville du sparadrap fortement chargé d'emplâtre, destiné aux grands pansements chirurgicaux, on lui en demande vingt fois au moins d'une qualité totalement opposée, destiné aux pansements des cors et des cautères ; aussi ne prépare-t-il, le plus souvent, que ce dernier genre de sparadrap. Toutefois, comme ces deux espèces de toiles emplastiques ne sauraient se remplacer mutuellement, il convien-

draît que tous les pharmaciens eussent toujours à la disposition des praticiens quelques bandes de sparadrap, dit par M. Bouchardat, *sparadrap commun*, et qu'il conviendrait mieux de désigner sous le nom de *sparadrap chirurgical*.

2<sup>o</sup> M. Bouchardat pense que la grande proportion de matière résineuse contenue dans le sparadrap de M. Sévin et autres peut déterminer des érysipèles. Tout en étant le premier à convenir que l'action spécifique de l'emplâtre à base d'oxyde de plomb ne saurait être entièrement remplacée par des matières résineuses, nous croyons les craintes de M. Bouchardat un peu exagérées; toujours est-il que nous connaissons la formule d'un sparadrap qui, bien que ne renfermant pas de trace d'emplâtre simple, n'en jouit pas moins d'une vogue incontestable.

En résumé, du sparadrap nouvellement préparé et convenablement chargé d'emplâtre est rarement mauvais; néanmoins, le choix d'une bonne masse emplastique ajoute beaucoup à sa perfection; ainsi, la masse employée dans les hôpitaux est convenue; mais on peut, sans contredit, avoir mieux.

L. MIALHE.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE PRÉPARATION DU CALOMEL EN POUDRE IMPALPABLE,  
PAR M. E. SOUBEIRAN.

L'expérience du médecin et la science du chimiste se sont réunies pour prouver que l'extrême division du calomel ajoute à son énergie médicinale. La porphyrisation ne conduit pas au but; elle ne donne qu'une poudre jaunâtre, qui n'a jamais le degré de ténuité désirable. Josiah Jewel est le premier qui ait recherché un autre mode de pulvérisation: il proposa de faire arriver la vapeur du protochlorure de mercure dans un vase où il se trouve de l'eau. Cette eau ne tarde pas à entrer en ébullition, et sa vapeur se mêle à celle du mercure. La présence de l'eau et de la vapeur empêche l'aggrégation du sublimé, et le produit se présente sous l'apparence d'une poudre subtile et uniforme.

Mais, dit M. Soubeiran, si ce procédé de Josiah Jewel n'était pas absolument inexécutable, du moins est-il vrai qu'il donnait à grand-peine quelque produit. Aussi, tous ceux qui avaient voulu en faire l'application n'avaient-ils pas tardé à y renoncer.

En 1822, M. O. Henry se convainquit, par sa propre expérience, qu'il n'arriverait jamais à aucun résultat avantageux s'il se conformait au mode opératoire proposé par J. Jewel; et, par une heureuse modification d'appareil, il dota enfin nos laboratoires d'un procédé pratique, qui a été

adopté par tous les auteurs, et qui est le seul dont fassent encore mention aujourd'hui tous nos livres de chimie. Néanmoins, ce procédé était encore d'une exécution difficile, ainsi que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de nous en convaincre par l'expérience; et le calomel obtenu par ce procédé est loin de pouvoir soutenir la comparaison pour la blancheur et la ténuité avec celui qui est importé d'Angleterre.

Afin d'améliorer le produit et de rendre l'opération plus facile, M. Soubeiran proposa dernièrement de substituer à la vapeur d'eau qui s'interpose entre les particules du mercure doux, et qui les empêche de se réunir, un courant d'air qui passe sur le calomel chauffé, entraîne la vapeur à mesure qu'elle se forme, et la dépose en poudre subtile. Mais voilà que M. Soubeiran n'a pas eu plutôt terminé les nombreuses expériences à l'aide desquelles il est parvenu à rendre l'opération régulière et les produits très-satisfaisants, que, d'essais en essais, il est arrivé à réformer le procédé nouveau lui-même, et à ne pas conserver même les premières bases sur lesquelles il était fondé, subissant ainsi, dit ce savant pharmacologiste, toutes les vicissitudes attachées au travail de l'homme, qui n'arrive jamais que par des voies détournées et après mille complications, à engendrer une œuvre simple et véritablement satisfaisante.

Aujourd'hui, M. Soubeiran n'emploie plus ni vapeur d'eau ni courant d'air : son appareil se compose tout simplement d'un tube et d'un récipient ; il obtient du calomel divisé de la plus grande beauté, et par une manipulation si simple, que tout le monde se demandera, avec lui, comment il n'y avait pas pensé tout d'abord. Pour en concevoir l'esprit, il faut se reporter, dit M. Soubeiran, à une opération analogue pratiquée en grand dans les arts, savoir : la fabrication de la fleur de soufre.

Quand on veut préparer la fleur de soufre, dit M. Soubeiran (*Journal de Pharmacie*), on introduit la vapeur de soufre dans une chambre assez vaste, pour que la chaleur latente, abandonnée par le soufre, qui se solidifie, ne puisse en échauffer les parois, au point que le soufre qui s'y attache y passe à l'état de fusion. Je n'avais pas fait suffisamment attention, et bien d'autres, sans doute, sont dans le même cas, que la solidification se fait loin des parois de la chambre, sur la vapeur de soufre mélangée à l'air de la chambre, lequel interposé mécaniquement entre les particules de la vapeur minérale, oppose un obstacle mécanique à la réunion de ces particules au moment où la solidification a lieu ; d'ailleurs, les particules de soufre ne trouvant pas de point d'appui, ne peuvent se déposer et se réunir dans la disposition symétrique qu'exigerait la cristallisation. Si la vapeur de soufre allait se soli-

difier sur les parois mêmes de la chambre, elle s'y déposerait en agglomérations cristallines et non en poudre. Ainsi donc, la poudre se fait au sein même de l'atmosphère de la chambre; et, cette poudre cédant à son propre poids, se dépose lentement. Ce phénomène ayant reçu sa véritable interprétation, la préparation du mercure doux divisé et celle de toutes les substances minérales analogues étaient trouvées; il ne s'agissait que de leur appliquer le procédé employé à la fabrication de la fleur de soufre; il ne restait plus qu'à déterminer quelques circonstances favorables au succès de l'opération.

Les vases dans lesquels je chauffe le calomel sont des tubes en terre allongés, de 10 centimètres de diamètre sur 50 à 60 centimètres de longueur. Ils sont fermés à un bout, et ouverts à l'autre; chacun d'eux peut contenir 4 à 5 kilog. de mercure doux. Les tubes dont je me suis servi avaient été faits avec la terre qui sert à fabriquer les creusets de Paris; j'ai eu le soin de les enduire, à l'extérieur, d'une couche de terre argileuse; de cette manière, chaque tube a pu suffire à plusieurs opérations. Le tube est placé dans un fourneau allongé; il sort, par l'un des côtés, sur une longueur de 4 centimètres, et il pénètre à fleur de la paroi d'un récipient. Ce récipient a été pour moi, jusqu'à ce jour, une grande fontaine en grès, qui a été percée, aux deux tiers de la hauteur, d'un trou rond, dans lequel l'extrémité ouverte du tube entre à frottement. J'ai chassé de boue la jointure avec un peu de lut; je pose le couvercle sur la fontaine, et je l'ajuste avec une bande de papier collé; je laisse en haut une ouverture qui permet à l'air dilaté de sortir librement; il suffit de la recouvrir avec une plaque de verre. A cette fontaine, on pourra substituer une petite chambre, dont la paroi, du côté du fourneau, sera construite en briques. J'ai fait une opération de ce genre dans une chambre destinée habituellement à la fabrication du chlorure de chaux, et qui a 4 mètres cubes de capacité. L'opération y a très-bien réussi; mais pour les doses de quelques kilogrammes que j'ai mises en œuvre, je préfère la fontaine de grès, qui se manœuvre et se nettoie sans difficulté.

Le récipient doit être aussi rapproché que possible du fourneau, pour éviter que le mercure doux ne se condense dans le bout du tube; pour la même raison, ce tube doit arriver à fleur de la paroi du récipient, et ne pas s'enfoncer dans l'intérieur. D'un autre côté, il faut que le récipient soit soustrait à la chaleur qu'il recevrait directement du fourneau; à cet effet, l'ouverture par laquelle le tube sort du fourneau est bouchée avec de la terre, et deux diaphragmes métalliques qui embrassent le tube en dehors du fourneau, en s'interposant entre lui et le récipient, mettent ce dernier à l'abri du rayonnement. Ainsi se trouvent réunies ces deux



conditions essentielles de succès ; le tube est chauffé très-près du point où il pénètre dans le récipient ; c'est pour éviter que le calomel s'y condense ; le récipient est abrité de la chaleur du fourneau, c'est afin d'empêcher qu'il ne s'échauffe, car si la température s'élevait trop, le calomel, d'abord déposé en poudre, se réunirait en agglomérations cristallines.

Rien de plus simple que la conduite du feu ; on chauffe d'abord le tube au rouge sombre dans la partie la plus voisine du récipient, puis on porte peu à peu le feu dans toute la longueur du tube. Une heure et demie à deux heures suffisent à la complète volatilisation de 4 à 5 kilog. de mercure doux.

Quand on juge l'opération terminée, on laisse refroidir l'appareil, on le délute, et on lave le calomel avec de l'eau distillée, jusqu'à ce que les eaux de lavage ne se colorent plus par l'hydrogène sulfuré. On le fait sécher à une douce chaleur.

Tel est le procédé fort simple auquel je me suis arrêté ; on m'a assuré que c'est précisément celui qui est tenu caché par les fabricants anglais. Quoi qu'il en soit, le calomel qu'il fournit peut soutenir la comparaison avec tout ce qui est importé de plus beau de l'Angleterre ; c'est une conquête acquise à notre industrie. Je m'occupe de faire l'application de ce procédé de division à d'autres substances minérales volatiles. J'ai déjà complètement réussi pour quelques-unes ; l'opération ne présente de difficultés que pour celles qui, telles que l'orpiment et le cinabre, éprouvent une altération par le contact de l'air à une haute température.

---

#### L'HYDRO-FERROCYANATE DE QUININE N'EXISTE PAS.

Les alcalis végétaux, qui sont des bases faibles, sont incapables de se combiner avec certains acides. Ainsi, M. Pelouze vient de constater que la quinine, en particulier, ne peut former de combinaison avec l'acide ferro-cyanhydrique. Ce chimiste a reconnu que l'hydrocyanate de cette base, qui est assez fréquemment employé en médecine, et dont il a examiné plusieurs échantillons pris dans diverses officines de Paris, n'est pour ainsi dire que de la quinine renfermant seulement un peu de bleu de Prusse, qui provient sans doute de la décomposition de l'acide hydro-ferrocyanique.

Les praticiens feront donc sagement, à l'avenir, de se dispenser de prescrire ce prétendu sel, puisqu'il est bien démontré qu'il n'est pas possible au pharmacien de le préparer, et par conséquent de le fournir lorsqu'il se trouve figurer dans une formule.

Ce fait démontre combien il est fâcheux que les médecins observent l'effet des médicaments qu'ils prescrivent avec des idées préconçues. Cela est arrivé pour le prétendu hydro-ferrocyanate de quinine, et aujourd'hui il découle des expériences de M. Pelouze, que ce composé quinique ne saurait avoir d'autre action sur l'économie que celle qui est propre au sulfate de quinine, malgré les éloges pompeux qu'on s'est plu à lui prodiguer.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

---

*Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, par J. LISFRANC, deuxième volume.

En rendant compte du premier volume de la *Clinique chirurgicale de la Pitié*, nous nous sommes surtout attaché à faire saillir les principes thérapeutiques qui guident M. Lisfranc dans sa pratique étendue, aussi bien que dans les livres dans lesquels il se propose de formuler les règles de cette pratique; nous ne reviendrons donc point sur ce sujet. La haute position de M. Lisfranc, comme l'importance de l'ouvrage dont il s'agit en ce moment, nous font un devoir, cependant, de dire un mot du second volume de cette utile publication qui se continue.

M. Lisfranc aborde dans ce second volume les questions de pathologie et de thérapeutique chirurgicales sur lesquelles, suivant nous, il a répandu les plus vives lumières; nous voulons parler des maladies de l'utérus. Les doctrines professées par le chirurgien de la Pitié sur les nombreuses questions qui se lient à ce sujet fécond, portent un caractère d'originalité qui a suffi pour leur donner le plus grand retentissement dans le monde médical. Malheureusement, la passion qui se mêle toujours un peu aux choses humaines, mais qui devrait au moins s'arrêter sur le sanctuaire de la science des souffrances de l'humanité, la passion, dis-je, est venue embrouiller les questions, contester les résultats, et entraver ainsi la propagation des idées pratiques les plus saines, les plus judicieuses. Quelque populaire que soit parmi nous le nom de l'auteur de la *Clinique chirurgicale*, on peut dire cependant qu'en raison de la réaction passionnée qui a eu lieu, les doctrines réelles que professe M. Lisfranc sur la pathologie et la thérapeutique des affections de l'utérus, ne sont ni connues, ni appréciées dans leur ensemble par un bon nombre de praticiens: c'est, dans notre opinion, un réel dommage pour la pratique. Nous félicitons sincèrement M. Lisfranc de

l'activité avec laquelle il poursuit son intéressante publication ; il a bien fait surtout de consacrer son second volume à l'exposé des principes qui le guident dans la pratique des maladies dans lesquelles, au jugement de tous, son nom fait autorité. Malgré l'étendue de ce volume qui traite des maladies de la matrice, le sujet est si vaste, le diagnostic est souvent si difficile, la thérapeutique repose souvent sur des indications si délicates, que l'auteur a dû renvoyer au troisième volume, qu'il se propose de publier prochainement, la grande question de l'amputation du col de cet organe, dans les cas où cette opération est indiquée. C'est surtout alors, que cet intéressant sujet sera complété, que nous nous proposons de revenir sur l'ensemble du bel ouvrage de M. Lisfrane. Quant à présent, nous nous bornons à indiquer sommairement, la plupart des questions déjà traitées. La leucorrhée, l'anénorrhée, la dysménorrhée, la rétention des règles, la métrorrhagie, l'hystérie, la nymphomanie, sont autant de sujets médico-chirurgicaux (dans quelques cas au moins), que M. Lisfrane éclaire parfois de nouvelles lumières. Viennent ensuite la métrite aiguë, la métrite chronique, l'hypertrophie simple de l'utérus, l'engorgement œdémateux du col, les engorgements utérins avec induration simple ou tuberculeuse, les engorgements synoviaux, avec ou sans ulcérations, les excoriations superficielles, etc., etc. Tous ces états morbides, si variés dans leurs formes, leur nature et dans leurs expressions phénoménales, et que le chirurgien de la Pitié a étudiés sur une si large échelle, tant dans les hôpitaux que dans son immense pratique; tous ces états morbides sont traités avec une netteté de doctrine, une lucidité d'interprétation, une sûreté de pratique qui commandent au plus haut degré l'attention. Mais entre tous ces sujets si palpitants d'intérêt, nous en distinguons un surtout, que tout praticien devra méditer particulièrement, c'est celui qui touche spécialement à la question du diagnostic des maladies de l'utérus ; c'est là surtout qu'éclate la sagacité du praticien consommé, et plus d'un d'eux pourra retrouver, ici, le chemin qu'il a suivi en s'égarant.

---

*Traité de médecine pratique et de pathologie iatrique ou médicale : monographie. Tome 1<sup>er</sup>, comprenant l'histoire des maladies du cœur, des gros vaisseaux, des artères, des veines et des vaisseaux lymphatiques ; par P.-A. Piorry, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc.*

M. Piorry a entrepris une rude tâche, celle de réformer la terminologie médicale. L'auteur n'est point le premier sans doute qui ait

compris les vices nombreux dont est entachée la langue que nous parlons tous les jours; en traversant la science qu'il aspirait à expliquer, il n'est pas un seul système qui n'ait laissé trace de son passage, en surchargeant celle-ci d'un certain nombre de mots propres à exprimer quelques-unes de ses idées; c'est la rouille matérielle particulière aux conceptions vieillies des hommes. Que ce fût un bien de dégager la science de cette gangue stérile, ce n'est pas nous certainement qui le contesterons; mais si un grand nombre de ces idées, qui ont ainsi surchargé la médecine de dénominations par lesquelles elles se traduisent, sont reconnues fausses aujourd'hui, sommes-nous bien sûrs que celles qui tendent à prévaloir parmi nous, et dont on voudrait imposer à la science la technologie officielle, si nous pouvons ainsi dire, seront acceptées demain? Les idées vieillissent vite dans notre siècle, et la confusion de la tour de Babel reparaitrait bientôt, s'il fallait que chaque idée eût sa dénomination. M. Piorry croit devoir admettre aujourd'hui par exemple, pour base fondamentale de la terminologie nouvelle qu'il propose, les modifications physiques subies par les tissus dans les affections morbides; et non pas seulement dans les maladies du cœur, dont il traite aujourd'hui, mais dans presque toutes les maladies. « Nous avons tout droit d'agir ainsi, dit-il; car en étudiant avec soin les maladies des diverses parties de l'organisation, nous voyons qu'il en est pour elles comme pour celles du cœur, et qu'elles sont le plus souvent en rapport avec des dispositions anatomiques anormales. » C'est là l'organicisme pur sang, et si, comme nous le croyons, nous sommes bien informé de la disposition d'un bon nombre d'esprits judicieux, cette idée est loin d'être le dernier mot de la science: si donc déjà aujourd'hui cette idée et la terminologie qu'elle commande sont si loin d'être acceptées de tous, l'une et l'autre sont-elles bien sûres d'avoir un lendemain en dehors de l'histoire? Nous le croyons donc, c'est pourquoi nous le disons franchement, M. Piorry a eu là une conception malheureuse, et qui nuira à la destinée de ses travaux.

Pour nous, qui ne voulons pas nous arrêter à la surface des choses, et qui ne jugeons point l'homme à l'habit, après avoir dit nettement notre opinion sur cette malencontreuse tentative, nous rendrons au reste aux travaux de M. Piorry la justice qu'ils méritent. Non, il n'est pas vrai qu'Avenbrugger et Corvisart même eussent tout dit sur la percussion, et que le reste fût un jeu d'enfant; le professeur de pathologie interne ou de pathologie iatrique, puisqu'il le veut ainsi, par une louable persévérance dans l'étude de cette méthode d'investigation, en a incontestablement reculé les limites. Pour ce qui est des maladies du cœur, par exemple, qui sont le triomphe du mécanisme, en tant qu'il s'agit du diagnostic

exclusivement, il n'est point douteux pour nous que M. Piorry, en apprenant à dessiner les formes du cœur sur la peau, en appliquant la plessimétrie aux altérations organiques variées dont cet organe est susceptible, n'ait imprimé à cette diagnose particulière une précision dont elle avait manqué jusque-là, et dont elle manque encore quand on se prive de ce moyen ingénieux de constatation rigoureuse. Nous admettons donc complètement ce qu'il dit au chiffre 1503 : « Cependant la plessimétrie, en 1827, vint encore jeter de nouvelles lumières sur le diagnostic des diverses espèces de cardiopathies. A l'aide de ce moyen d'investigation, on peut déterminer d'une manière fixe : le siège, l'étendue, la forme, l'épaisseur, la dureté du cœur en général, et de ses diverses parties considérées en particulier. Il fut possible de reconnaître les points précis qui séparent les cavités droites des gauches, et de démontrer l'existence d'épanchements dans le péricarde, de dilatation des gros vaisseaux, etc. »

L'ouvrage dont il s'agit en ce moment est, d'un bout à l'autre, une victorieuse démonstration de ce que nous venons de dire : grâce à l'emploi de cette rigoureuse méthode, telle que son savant inventeur sait l'appliquer, le diagnostic des maladies du cœur, des gros vaisseaux, etc., acquiert une précision que n'a dépassée aucun des auteurs qui ont traité le même sujet. Par une louable tempérance, et que l'on ne rencontre pas toujours aujourd'hui, l'auteur a su élaguer, ou au moins n'a fait qu'accuser ces points de controverse stérile qui surchargent inutilement plusieurs monographies écrites sur la même matière. Il s'attache scrupuleusement aux choses, aux réalités; avant d'ouvrir son livre à une discussion, il lui demande ce qu'elle apporte à la pratique, et l'exclut sans pitié pour peu qu'elle hésite dans sa réponse. Dans l'intérêt même du livre dont nous parlons, et qui, suivant nous, a une valeur pratique réelle, nous nous abstenons d'en tracer le cadre, car nous craindrions, en émettant les noms nouveaux dont il est hérissé, de jeter dans l'esprit des lecteurs une prévention défavorable, non-seulement au livre, mais à eux-mêmes, qui peut-être se priveraient d'un ouvrage plein d'utiles enseignements. Nous le leur dirons donc en finissant, si quelques-uns de ces mots vous arrivent comme des échos incompris d'un autre âge, apprenez cette langue facile et lisez; vous reconnaîtrez l'habile praticien sous le voile d'une malheureuse logogriphie scientifique, et vous n'aurez certainement point lieu de vous en repentir. Nous reviendrons du reste sur cette publication qui va continuer, et tenterons alors une appréciation de l'ensemble des travaux de M. Piorry.

---

*Bibliothèque du médecin-praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale ou chirurgicale, de toutes les*

*monographies publiées en France et à l'étranger ; par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE. 12 forts vol. in-8. (1<sup>re</sup> livraison.)*

A peine libéré des soins de la publication du *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine*, M. le docteur Fabre a mis la main à une publication plus volumineuse, dont la première livraison vient de paraître. Le but de cet ouvrage est de donner aux praticiens, en peu de volumes, une bibliothèque complète, une exposition pratique de la science, telle que l'ont entendue les grands médecins de tous les temps ; de mettre en regard, de comparer et de juger les opinions des anciens et des modernes sur telles ou telles branches de l'art de guérir ; d'extraire des milliers de volumes la substance pratique ; de recueillir dans les journaux de toutes les langues les observations importantes qui s'y trouvent enfouies, et les leçons cliniques qui n'ont jamais été publiées. On ne peut méconnaître un grand fond d'utilité dans une semblable entreprise, que nous croyons possible et exécutable, mais avec beaucoup de soins et en remplissant toutes les promesses faites.

La première livraison est de bon augure ; elle est le commencement d'un traité sur les maladies des femmes. Les sujets qui y sont exposés, et que nous allons indiquer, ont reçu tous les développements convenables, et présentent surtout une teinte pratique qu'on ne trouve pas toujours ailleurs. On n'en sera pas surpris quand on verra que, sur les points traités dans cette livraison, on trouve reproduites exactement les opinions de MM. Lisfrane, Velpeau, Jobert (de Lamballe), Roux, Nægelé, Dupuytren, etc., c'est-à-dire des meilleurs praticiens de notre temps, et sur des sujets de la plus haute importance pratique. Conduite sur ces errements, exécutée avec le même soin, les mêmes richesses et la même impartialité que nous avons remarqués dans cette première livraison, la *Bibliothèque du médecin-praticien* sera un ouvrage éminemment utile, auquel le succès ne peut manquer.

Voici les principales divisions de cette livraison : chapitre 1<sup>er</sup>, maladies des parties externes de la génération, divisé en 14 articles exposant les maladies du prépuce, des grandes et petites lèvres, du méat urinaire, de la vulve. Chapitre 2<sup>e</sup>, les déchirures du périnée. Chapitre 3<sup>e</sup>, maladies des parties internes de la génération, vagin, utérus et ses annexes ; procédés d'exploration à employer pour aider au diagnostic des maladies de l'utérus ; palpation sous-pubienne, toucher vaginal, toucher rectal, spéculum. Déjà, dans cette livraison, on trouve plusieurs divisions nouvelles sur des maladies dont on ne rencontre la description dans aucun ouvrage, telles que la vulvite, les névroses de la vulve.

---

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ACCOUCHEMENT MANUEL, MALGRÉ LA PRÉSENTATION DU BRAS DROIT  
ET LA SORTIE PRÉMATURÉE DU CORDON OMBILICAL.

S'il est des cas embarrassants de pratique, c'est assurément ceux que présentent certains accouchements : il n'y a pas là de temporisation possible; il faut agir immédiatement, et trouver en soi toutes les ressources. Au début de ma carrière obstétricale, j'ai senti la gravité de la situation du médecin dans ces cas, assez nombreux du reste, où il y a contradiction dans les règles posées par les auteurs. C'est pour cela que le fait que je vais rapporter aura quelque importance pour les jeunes accoucheurs ; ils verront s'il faut aller toujours chercher les pieds lorsque le bras se présente. Mon observation prouvera que ; dans les circonstances pareilles à celles qui se sont présentées à moi, c'est-à-dire lorsque la tête est trop engagée, qu'elle a franchi l'orifice utérin, que le bras s'est présenté le long de la tête, que celle-ci est bien située, la version n'est plus possible. M. le professeur Capuron nous a répété mille fois, dans ses cours, que tout ce qui est hors de la matrice n'y rentre pas, ou n'y rentre que très-difficilement. Je pense qu'alors il faut introduire la main droite, si c'est le bras droit, et *vice versa*, afin de ramener la tête vers le centre du détroit inférieur, la maintenir dans cette position avec quelques doigts, et abandonner l'accouchement à la nature, après avoir porté le bras droit vers l'échancrure sciatique opposée à la tête, si toutefois la femme est bien conformée, qu'elle ait des forces suffisantes et que la matrice se contracte. Je crois aussi que, dans ce cas, on pourrait appliquer le forceps, la présence du bras ne pouvant s'opposer à l'application de cet instrument.

Voici du reste la conduite que j'ai suivie dans l'accouchement dont il est question.

Le 17 juillet 1832, je fus appelé à Condé-sur-Vire, près Thorigni (Manche), pour porter secours à une femme à terme de son cinquième enfant. Cette dame avait une quarantaine d'années, jouissait d'une bonne santé, était bien conformée, et avait accouché très-heureusement de ses quatre premiers enfants. Il y avait vingt heures que la femme était en travail lorsque je fus appelé, et seize ou dix-sept heures que les eaux étaient écoulées. Les douleurs se soutenaient avec force. Je pratiquai le toucher. J'aperçus hors la vulve un bras sorti presque au niveau du conde; le pouce était en dessus, et le petit doigt en dessous, et la face palmaire dirigée

vers la cuisse gauche de la mère, et la face dorsale vers la cuisse droite. A ces signes, je reconnus le bras droit de l'enfant : il était froid, légèrement tuméfié et un peu bleuâtre. Au-dessous du bras, vers la commissure postérieure de la vulve, pendait une anse du cordon ombilical de deux pouces de long, qui avait la même température que le bras. Il n'y avait aucune pulsation dans les artères ombilicales. J'annonçai aux parents que l'enfant était mort, que cependant j'agirais comme s'il était vivant. Alors je me préparai à terminer l'accouchement. Sur un lit à hauteur d'appui, je plaçai une chaise en travers, sur laquelle je mis un matelas, de manière que la femme se trouvait inclinée comme dans l'opération de la taille sous-pubienne. Sur le bord du lit, sous les fesses, je plaçai une planche. La malade était assujettie par quatre aides : deux sur le lit, la soutenaient fortement par les épaules, et deux autres, par terre, lui soutenaient les jambes. J'appliquai le lacs, et j'introduisis dans la matrice, selon les préceptes de l'art, ma main droite enduite d'un corps gras ; je trouve la tête bien placée, occupant la cavité pelvienne, et ayant franchi l'orifice utérin ; mais la présence du bras l'empêchait de se présenter au centre du détroit inférieur. Au lieu de suivre le côté droit de l'enfant pour aller chercher les pieds, j'engage ma main droite vers le côté gauche de la face, et ramène l'occiput vers le centre du détroit inférieur, et de ma main gauche je porte le bras sorti vers la commissure postérieure et vers l'échanerure sciatique droite. La matrice se contractait avec violence ; et au fur et à mesure que la tête descendait, je retirais ma main, qui formait comme un plan incliné, et je continuai à maintenir la tête dans cette direction avec quatre doigts, et en moins de cinq minutes j'eus la satisfaction de voir l'accouchement se terminer *par la tête, le bras étant sorti*. C'était un enfant mâle, d'un volume ordinaire, et privé de vie. Un instant après je procédai à la délivrance. La femme se rétablit en peu de temps : elle n'eut que le chagrin d'avoir perdu son enfant, et le regret de pas m'avoir appelé plus tôt.

Ma conduite dans cette circonstance n'ayant pas été approuvée par un de mes confrères, praticien fort habile d'ailleurs, qui prétendait que j'aurais dû faire la version podalique, je voulus d'autant moins rester sous le coup d'un tel blâme, que c'était mon début en accouchements dans la contrée. Je transmis à M. le docteur Capuron l'observation que je vous adresse : le 23 octobre suivant, il me répondit de la manière la plus flatteuse : « Votre conduite dans l'accouchement compliqué que vous avez terminé, me dit ce professeur, prouve que vous avez bien profité du temps que vous avez consacré à l'étude des accouchements..... Je loue et approuve tout ce que vous avez fait dans cette occasion. Votre prudence, votre sagacité et



votre adresse méritent d'être citées, et je lirai votre observation dans mon prochain cours, en donnant votre conduite pour modèle. » Ce n'est pas par vanité que je cite les paroles du savant et illustre professeur M. Capuron : son opinion est capitale dans un sujet aussi épineux ; elle servira à l'instruction de mes confrères.

POMMIER, D. M.  
A Condé-sur-Vire (Manche).

SUR UN CAS D'ABLATION D'UN POLYPE DU RECTUM CHEZ UNE FILLE  
DE SIX ANS.

Je n'avais point encore reçu le numéro d'octobre dernier de votre journal, qui renferme le mémoire du docteur Bourgeois d'Étampes, sur le traitement des tumeurs polypeuses du rectum chez les enfants, lorsque le 12 du même mois je pratiquai l'ablation d'une semblable tumeur sur une petite fille âgée de six ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade et née de parents sains et bien portants. Voici l'observation. Dans les premiers jours d'octobre 1842, je fus consulté par la femme Pinaud pour un bouton que sa fille, âgée de six ans, avait à l'anus, et qui sortait toutes les fois que cet enfant allait à la selle. La mère s'était aperçue de ce bouton depuis trois ou quatre mois ; l'enfant n'en accusait point de douleurs ; il était de la grosseur d'une aveline, rouge, grunclé à sa surface, offrant la ressemblance de ceux qu'a décrits le docteur Bourgeois. Aussi je n'en parlerai pas plus longuement. Les parents désiraient vivement que leur enfant fût débarrassée de cette tumeur. Pendant quelques jours, je fus incertain sur le mode de traitement à employer ; je me déterminai enfin pour l'ablation de ce polype avec des ciseaux courbes sur leur plat. L'enfant étant allée à la selle le 12 octobre au matin, et la tumeur étant sortie, les parents m'envoyèrent chercher aussitôt : l'enfant ayant été mise en position convenable, je saisis le polype avec des pinces à disséquer, je l'attirai doucement à moi et je l'enlevai d'un seul coup de ciseau : l'enfant ne manifesta aucune douleur, ne fit entendre ni cris ni plaintes. Il s'écoula un peu de sang. En cas d'hémorrhagie inquiétante, j'avais disposé de l'eau froide légèrement aluminense, pour l'injecter dans le rectum ; mais au bout d'une heure d'attente, voyant que l'écoulement sanguin, au lieu d'augmenter, diminuait et se réduisait à peu de chose, que la petite fille était gaie et continuait ses jeux, je ne fis aucune injection. Le soir, il y eut une selle ; les matières étaient sanguinolentes. Le lendemain, les parents n'y

observèrent plus aucune trace de sang. La santé s'est soutenue bonne, et le polype n'a pas reparu.

La tumeur enlevée était fibreuse, molle, plus ou moins arrondie et implantée sur la paroi antérieure du rectum près le bas fond de la vessie. La lecture du mémoire du docteur Bourgeois m'a engagé à vous communiquer cette observation comme appuyant le traitement qu'il a employé contre les polypes du rectum chez les enfants.

PONSIN, D.-M.

A La Flotte (Charente-Inférieure).

OBSERVATION DE DEUX FŒTUS A TERME, BIEN CONFORMÉS, RÉUNIS PAR LE STERNUM, MONSTRUOSITÉ COMPARABLE A CELLE DES FRÈRES SIAMOIS.

L'observation que je viens vous communiquer aujourd'hui est assez rare pour qu'elle me paraisse digne de fixer votre attention. Si, dans l'intérêt de la science, vous le jugez convenable, vous m'obligerez de l'insérer dans votre estimable journal.

Il n'est sorte de structures plus ou moins bizarres et défectueuses que l'espèce humaine n'ait présentées de tout temps. Les auteurs de médecine ont décrit un grand nombre de monstruosités, mais aucun n'a osé rechercher sérieusement la cause des vices de conformation : la tâche eût été trop pénible. Je me bornerai donc simplement à la description de deux fœtus du sexe féminin, que j'ai cru devoir conserver dans l'esprit-de-vin, après les avoir privés de leurs organes internes.

Je fus appelé, dans le courant du mois dernier, au village d'Allan (Drôme), pour accoucher la femme Laurent, qui était dans les douleurs depuis quarante-huit heures environ. Lorsque j'arrivai auprès de cette malheureuse, les douleurs de l'enfantement et des hémorrhagies abondantes l'avaient tellement affaiblie, que je jugeai la mort imminente. En effet, elle succomba peu d'instants après sa délivrance. Lorsque je procédai à l'accouchement, la tête d'un enfant pendait déjà entre les jambes de la mère, que des femmes du village avaient tenté de délivrer avant mon arrivée. Je crus qu'il me serait facile de terminer l'accouchement : je fus trompé dans mes prévisions. Cependant, après quelques tractions assez pénibles, je parvins à dégager la tête et les pieds de l'enfant sans en être entièrement maître ; car, à ma grande surprise, je le trouvai accolé par le sternum à un autre fœtus, qui sortit plié en deux, les talons rapprochés de la tête, après avoir opéré de nouvelles tractions sur le premier.

Ces deux fœtus, à terme, d'un développement ordinaire, ne sont accolés l'un à l'autre que par la surface du sternum, qui leur est commun. Toutes les autres parties de leur corps sont entièrement distinctes et bien conformées. La forme de leur tête, de leurs membres supérieurs et inférieurs, etc., etc., ne laissent rien à désirer.

Ces fœtus monstrueux sont les plus parfaits que je connaisse; j'ai lieu de penser que la mère et les enfants auraient pu être conservés à la vie en activant l'accouchement; j'aurais agi ainsi si j'avais été appelé dès les premières douleurs de l'enfantement.

A. CUCHET fils, D. M.

A Montélimart (Drôme).

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*De la difficulté du diagnostic de certains polypes utérins, et du manuel opératoire à leur appliquer.*—S'il est facile, en général, de diagnostiquer par le toucher la présence d'un polype dans le vagin, il s'en faut que l'on puisse toujours avec la même facilité reconnaître son point d'insertion à l'utérus, et apprécier les rapports exacts de son pédicule, soit avec la matrice, soit avec son col. De là, pour le chirurgien qui pratique l'extirpation d'une semblable tumeur, la nécessité de modifier le manuel opératoire, suivant que de nouvelles indications surgissent tout à coup pendant l'opération, et par le fait même de celle-ci. L'observation suivante est une preuve de ce que nous avançons.

A l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert de Lamballe, est couchée une malade, âgée de cinquante ans environ, affectée d'un polype utérin : ce polype s'accompagne de douleurs dans les reins, de pesanteur sur le siège, et d'un écoulement très-abondant, dont l'odeur est tellement fétide et si caractéristique du cancer, que sur ce seul signe seulement, le médecin qui soignait la malade diagnostiqua un carcinôme utérin. Si nous insistons sur ce détail symptomatique, c'est pour mettre les praticiens en garde contre ce qu'a d'insidieux cette odeur *sui generis* que l'on attribue exclusivement au cancer, tandis qu'il n'est pas rare de l'observer dans le cas où il existe simplement un polype dont le tissu est ramolli et en voie de dégénérescence, comme cela avait lieu chez notre malade, dont le polype offrait les caractères suivants : au toucher, il faisait une saillie de 5 centimètres environ dans le vagin; il avait le volume et la forme d'une petite poire; son tissu est mou et dépressible; la sur-

face paraît pourtant assez lisse. A l'orifice inférieur du col, qui est notablement tuméfié, on sent le pédicule, qu'il est facile de contourner en arrière, en passant le doigt entre lui et la lèvre postérieure; tandis que la lèvre antérieure, dont la saillie est considérable, s'applique si fortement contre ce pédicule, que le doigt ne pénètre pas entre elle et lui, de telle sorte qu'on peut croire qu'il s'insère dans l'épaisseur de cette lèvre, à laquelle il semble adhérer.

M. Jobert saisit la tumeur avec les pinces de Museux, et, par des tractions lentes, il l'attira à la vulve. Il alla ensuite constater de nouveau avec le doigt la situation relative du col et du pédicule. Cela fait, il conduisit sur le pédicule, en arrière du point où il était en rapport avec la lèvre antérieure, de forts ciseaux, avec lesquels il pratiqua l'exécution. Le toucher, immédiatement renouvelé, constata, dans la cavité du col, un prolongement du pédicule, que la tumeur et la lèvre antérieure, par leur contact, n'avaient pas permis de reconnaître avant l'opération. Alors M. Jobert, à qui ses études sur les nerfs de l'intérus ont démontré l'absence complète de ceux-ci dans le col, et conséquemment l'insensibilité de ce dernier, n'hésita pas à saisir, avec des pinces de Museux, chaque lèvre du col. Il confia ces pinces à un aide, qui, tout en tirant pour abaisser la matrice, avait soin de faire basculer les érignes en sens opposé, l'une en avant, l'autre en arrière, cette manœuvre ayant pour résultat d'élargir l'orifice utérin en écartant les lèvres du col l'une de l'autre. Ainsi l'opérateur put introduire plus facilement des pinces à anneaux dans la cavité du col, pour saisir ce qui restait du pédicule, qu'il alla réséquer, avec des ciseaux courbes sur le plat, sans en rien laisser, comme on put le constater par le toucher, le doigt pénétrant avec la plus grande facilité dans la cavité du col, qu'il lui fut aisé d'explorer en tout sens.

---

*Variole confluyente chez un enfant nouveau-né.* — Voici un fait exceptionnel qui vaut la peine d'être noté. M. Gérardin a présenté à l'Académie de médecine une petite fille de cinq jours offrant une variole confluyente parvenue à la période de suppuration. Cette enfant est née le 17 novembre dernier, à l'hospice de la Maternité, de la nommée Hurin, âgée de vingt-quatre ans, primipare. En venant au monde, elle présentait sur la figure, le cuir chevelu et les différentes parties du corps une éruption de pustules reconnues bientôt pour être celles de la variole. La mère porte les traces d'une vaccine régulière, et n'a jamais eu la variole. Il y a dans le commémoratif cette seule circonstance à signaler, c'est que dix jours avant l'accouchement, cette femme était allée visiter, à la Pitié, un malade à côté duquel s'en trouvait un

autre ayant la petite vérole; cependant elle n'avait rien éprouvé de particulier depuis cette visite. Les suites de couches ont été régulières; l'enfant a tété presque immédiatement, et il était en fort bon état le 22 novembre, jour où il a quitté l'établissement avec sa mère, et où nous l'avons vu à l'Académie.

---

*Perfectionnement apporté au traitement de l'hydrocèle par injection.* — Chacun sait qu'après avoir fait la ponction dans l'opération de l'hydrocèle, et avoir évacué, au moyen de la canule du trocart, la sérosité épanchée dans la tunique vaginale, on injecte un liquide irritant dans cette séreuse, pour déterminer une inflammation adhésive de ses parois. Peu d'heures après l'injection, les parties se tuméfient, deviennent douloureuses, etc. C'est ce travail inflammatoire, qui quelquefois même dépasse les limites prévues, qui constitue le temps le plus important dans la série des phénomènes curatifs. Du troisième au cinquième jour, l'inflammation s'apaise, mais le volume de la tumeur reste encore longtemps le même; ce n'est que du vingt-cinquième au trentième jour, et quelquefois plus tard, que la nouvelle quantité de liquide qui s'est accumulée dans la tunique vaginale après l'injection finit par être résorbée tout à fait, et que le malade est guéri. Cette marche est celle qui s'observe ordinairement. Nous annonçons un perfectionnement des plus importants, apporté par M. Lisfranc dans le traitement de l'hydrocèle, puisqu'il réduit à douze ou quatorze jours le temps nécessaire pour la guérison radicale. Voici en quoi il consiste : le sixième jour, après qu'il a fait l'injection avec la décoction vineuse de roses de Provins, époque où l'inflammation a beaucoup diminué, et où la tuméfaction est considérable, il pratique une seconde ponction dans la vue d'évacuer tout le liquide qui s'est accumulé dans la tunique vaginale à la suite de l'injection. Il épargne ainsi à la nature le soin d'absorber ce nouvel épanchement, et il rapproche de beaucoup, de cette manière, l'époque de la guérison. Nous avons vu employer cette méthode avec un succès complet chez un malade âgé de vingt-neuf ans, couché à la Pitié, au n° 13 de la salle Saint-Antoine. La seconde ponction, faite le sixième jour après l'injection de la décoction vineuse de roses de Provins, a donné issue à un liquide aussi limpide que la première; le liquide ne s'est plus reproduit; le malade était guéri le quatorzième jour. C'était le sixième sujet chez lequel M. Lisfranc mettait en usage cette seconde ponction. Il y a eu, dans les six cas, des résultats presque identiques. Chez aucun le liquide expulsé ne s'est plus renouvelé, et toujours la guérison de l'hydrocèle, au lieu de se faire attendre trois semaines ou un mois, a été parfaite du douzième au quatorzième jour.

---

*Sur les métrô-péritonites régnantes.* — Les variations si subites de la température, l'humidité surtout qui règne depuis quelque temps, ont engendré en ville, à l'Hôtel-Dieu, et dans les hôpitaux d'accouchements, des métrô-péritonites puerpérales, dont quelques-unes, de l'espèce la plus grave, résistent à tous les moyens mis en usage, et entraînent quelquefois la mort en vingt-quatre à trente-six heures. — Chez une femme de la clinique d'accouchements, couchée au n° 32, et atteinte de ce genre d'affection, qu'on peut plutôt qualifier du nom de fièvre puerpérale que de celui de métrô-péritonite, on a pu observer avec quelle rapidité la mort est survenue, sans qu'il ait été possible d'enrayer la maladie. Dès le début, la prostration des forces était si grande, le pouls si petit, si dépressible, que M. P. Dubois ne craignit pas de pronostiquer une issue funeste. Il fallut renoncer aux émissions sanguines qui, dans cette forme de la maladie, ne servent qu'à hâter la mort. L'huile de ricin, à la dose de 15 grammes, le camphre administré en lavements, le landanum, à la dose de 35 à 40 gouttes en lavements, par jour, les embrocations narcotiques, enfin les frictions mercurielles à haute dose sur l'abdomen et les cuisses, sont alors les seuls moyens indiqués : ils ont été inutilement employés.

L'autopsie, faite trente-six heures après la mort, a permis de constater l'existence de tous les produits d'un état inflammatoire très-intense : liquide séro-purulent jaune citron, flocons albumineux, fausses membranes, pus liquide et en abondance dans les fosses iliaques, et étendu sous forme de plaques sur les ovaires et la surface externe de l'utérus. Les intestins présentaient une injection notable, le tissu de l'utérus était rose. — Les résultats de cette autopsie sont peu en rapport avec les phénomènes observés pendant la maladie; ils diffèrent aussi du tout au tout des lésions qu'on rencontre habituellement dans ces cas, où les intestins et le péritoine sont en général décolorés.

*Suppression complète de l'écoulement des urines pendant douze jours, par suite de la compression des uretères.* — Le cas pathologique suivant est curieux et rare; il peut, à l'occasion, éclairer le diagnostic qu'on aura à porter. Une femme âgée de trente-huit ans était couchée au n° 28 de la salle Saint-Angustin, à la Pitié, service de M. Lisfranc; elle portait, depuis trois ans, un ulcère incurable du col de la matrice et de la partie supérieure du vagin. Elle avait présenté des pertes utérines considérables qui, après avoir longtemps résisté à une foule de moyens, avaient fini par céder à la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Tout à coup cette femme est prise d'une fièvre violente avec

douleur vive constante dans la région lombaire, surtout à droite. Une saignée du bras, des sangsues et des ventouses sur le flanc droit, des cataplasmes émollients laudanisés, des quarts de lavements laudanisés sont employés, et ne modèrent que médiocrement les souffrances. — Mais voici le phénomène le plus remarquable : les urines se sont complètement supprimées dès l'invasion de la fièvre, et la malade n'en a pas rendu une seule goutte pendant les douze jours qui ont précédé sa mort. La vessie, néanmoins, ne faisait point saillie au-dessus des pubis. La sonde, introduite à cinquante reprises différentes, a toujours trouvé la poche urinaire, complètement vide ; de plus on n'a observé, dans aucun moment, d'odeur urinense à la surface de la peau. Cette femme est morte le douzième jour de cette suppression d'urine ; ses paupières étaient fortement infiltrées ainsi que ses malléoles. — A l'autopsie, on a constaté l'ineurabilité absolue du cancer. On a trouvé une induration considérable du tissu cellulaire placé derrière le vagin ; cette induration embrassait et comprimait la partie inférieure des deux uretères, qui étaient hermétiquement obliterés. Ces canaux, au-dessus de la compression, avaient quadruplé de diamètre, et étaient remplis d'urine. Les bassinets des deux reins étaient considérablement dilatés ; les deux reins étaient hypertrophiés outre mesure ; le gauche avait doublé, et le droit avait triplé de volume.

---

*Opération césarienne pratiquée sur un cadavre pour sauver la vie à l'enfant.* — Voici un fait qui soulève une question importante à résoudre. Dans une circonstance grave, d'une urgence extrême, est-il utile, est-il humain d'interdire aux internes des hôpitaux la pratique d'une opération, lorsqu'il y a impossibilité absolue à ce que les secours qu'on ira chercher au dehors arrivent à temps ? Le cas suivant est de ce genre. Une femme est amenée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Honoré, au dernier mois de sa grossesse, et dans un état désespéré. Elle succombe quelques heures après son entrée. L'interne de garde est prévenu immédiatement ; il se rend auprès du cadavre, et, en vue de l'enfant qui se meut, qui est vivant, il prépare aussitôt les instruments et tout ce qui est nécessaire pour l'opération césarienne, en même temps qu'il fait appeler au plus vite un des chirurgiens du bureau central des hôpitaux, qui, comme on sait, se trouve à côté de l'Hôtel-Dieu. Mais le temps s'écoule et personne n'arrive ; encore quelques secondes de retard de plus, et l'enfant aura succombé. L'interne se décide alors, en présence d'un événement aussi impérieux, à faire l'opération césarienne. Il la pratique avec autant de soin et de précaution que si la mère était vivante ; mais c'était déjà trop tard : les quelques minutes de retard avaient suffi pour amener la mort de l'enfant.

L'interne, à nos yeux, a rempli son devoir; cependant l'administration des hôpitaux, qui a été, dit-on, fort en émoi de cette opération, l'a blâmé. En vérité, nous ne comprenons pas une telle susceptibilité, et un amour si exagéré des réglemens, qu'on puisse lui sacrifier les principes d'humanité. Si un reproche peut être adressé au chirurgien, dans cette circonstance, c'est assurément d'avoir temporisé. L'opération césarienne sur un cadavre n'était pas une chose grave : pratiquée immédiatement après la mort de la mère, elle pouvait sauver la vie d'un enfant.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**ABCÈS RÉTRO-ŒSOPHAGIENS** (*considérations sur les*). Depuis la première observation qui en a été publiée en 1819 par Abercrombie, l'histoire des abcès rétro-pharyngiens s'est enrichie de nouvelles et intéressantes recherches; mais celle des abcès rétro-œsophagiens laisse encore beaucoup à désirer, non moins sous le rapport du diagnostic et du traitement qu'au point de vue purement anatomique. Aussi doit-on savoir gré à M. Duparcque du travail consciencieux qu'il vient d'insérer, sur ce point difficile de chirurgie pratique, dans les *Annales d'Obstétrique*. Nous en extrayons l'observation suivante :

*Obs.* — Un enfant âgé de quatre ans et demi fut pris le 19 octobre dernier de fièvre, de vomissemens, de délire et d'assoupissement interrompu par de l'agitation; pouls à cent cinquante pulsations. Battemens forts des carotides et des temporales; peau sèche et brûlante; pieds froids; sensibilité vive des conjonctives; râle bronchique muqueux. (Dix sangsues aux malléoles, oxycrat sur la tête.) Le lendemain plus aucun des symptômes cérébraux; — le 23, l'enfant refuse de boire, bien que son état continue à être de plus en plus meilleur; — le 24, l'enfant porte la main vers le larynx, la déglutition est douloureuse. Gonflement sur les parties latérales et supérieures du cou, plus marqué à gauche; il existe surtout au-dessous de l'apophyse mastoïdienne, plus en arrière de l'extrémité correspondante du muscle sterno-mastoïdien que du côté de l'angle de la mâchoire. La pression sur ces parties ne paraît pas douloureuse; le doigt porté profondément

sous l'isthme du gosier ne constate aucun changement notable.

Le 25, tuméfaction plus considérable du cou, toux douloureuse; pendant le sommeil, l'inspiration est un peu soufflante; le timbre de la voix est devenu plus fort; déglutition de plus en plus difficile; on remarque que les boissons arrivées dans le pharynx y séjournent quelques secondes, la bouche restant béante, puis elles sont en partie rejetées, en partie avalées par un effort de déglutition pénible pendant lequel il arrive que du liquide s'introduise dans les voies aériennes et détermine un accès de toux suffocante; pouls petit, vif, fréquent; quelques cuillerées d'œuf cuit mollet passent plus facilement; l'inspection de la gorge ne fit rien découvrir: seulement pendant l'exploration des efforts de vomissement firent rejeter un paquet de mucosités épaisses qui emplissait le pharynx. (Calomel à l'intérieur, sinapismes aux pieds.) Le 26, les accidens indiqués devenant plus intenses; la nuit ayant été agitée, délirante, le médecin, en portant son doigt derrière le larynx, sentit la paroi postérieure de l'œsophage saillante, arrondie, dure et comme refoulée par le gonflement du corps d'une vertèbre cervicale tuméfiée. (Six sangsues sous les clavicules.) Les 27 et 28, augmentation des symptômes, abattement, concher sur le côté gauche, tête renversée en arrière. La pression du cou est surtout douloureuse profondément à la partie moyenne du côté gauche sous le sterno-mastoïdien. La même chose a lieu par la compression du larynx et de la trachéo-



artère. (Friction mercurielle sur le cou.)

Le 29, l'enfant refuse obstinément de rien prendre; voix sonore, saécadée et assez semblable, pour le timbre, à celle de canard; respiration sifflante dans l'état de veille, bruyante durant le sommeil; pendant celui-ci, elle s'embarrasse, et alors le petit malade s'éveille en sursaut en s'agitant et en ouvrant une large bouche. Son cou est raide et immobile, de manière que quand on l'asseoit, il se laisse lever et couber tout d'une pièce; l'inspection de la tumeur par le pharynx la montre plus saillante et paraissant obstruer complètement l'œsophage; elle est moins rénitente. Mucosités pharyngiennes abondantes. (Large vésicatoire à la partie supérieure de la poitrine.)

Les 30 et 31, menaces de suffocation plus fortes, plus fréquentes; refoulement du larynx en avant; il suffit de le presser légèrement pour déterminer la suffocation: voix sifflante presque éteinte, comme dans la dernière période du croup. Gonflement du cou, plus considérable toujours à gauche. Un bouchon engagé entre les dents du malade allait me permettre, dit M. Dupareque, d'explorer la tumeur, quand, par un mouvement violent, l'enfant le déplaça et me mordit le doigt. Cependant je crus que l'abcès avait gagné en hauteur sans toutefois dépasser de beaucoup le niveau de la glotte. Le 31, ayant requis l'assistance de M. le docteur Thierry, M. Dupareque se mettait eu mesure d'ouvrir l'abcès, lorsque le malade, qui refusait obstinément de desserrer ses dents, ouvrit tout à coup la bouche largement par un effort de vomissement, et il s'en échappa une masse de sang et de pus mêlé de mucosités qui sortait du pharynx. — Il s'opéra aussitôt un changement favorable: la physiologie reprit de la vie, les yeux leur éclat et leur vivacité; le malade avala presque d'un trait une demitimbale de tisane et s'endormit d'un sommeil calme et paisible qui dura deux heures. Le 1<sup>er</sup> novembre, la tuméfaction extérieure du cou était complètement disparue. L'enfant demandait à manger, seulement il éprouvait encore un peu de douleur pendant la déglutition.

L'exposé que nous venons de faire des symptômes qui accompagnent le développement d'un abcès rétro-œso-

phagien, jour par jour, et aux différentes phases de son évolution, suffira pour éclairer le diagnostic dans les cas semblables, sans qu'il soit nécessaire d'expliquer, par les rapports anatomiques bien connus des divers organes de la région cervicale, chacun des signes importants que nous avons mentionnés d'après M. Dupareque, et dont l'interprétation sera aisément comprise de nos lecteurs. (*Annales d'Obstétrique*, décembre 1842.)

**ACCOUCHEMENTS.** (*Présentation du bras, dans neuf accouchements, chez la même femme*). M. le docteur Gély a communiqué à la Société de médecine de Paris une observation fort remarquable de dystocie qui prouve la tendance de la nature à reproduire les mêmes actes dans l'ordre physiologique. Cette observation, peut-être unique dans la science, mérite toute l'attention de nos lecteurs.

La femme Raguin, de Vimpelles, village auprès de Donnemarie, était âgée de trente-six ans en octobre 1838. Forte, brune, bien constituée, elle avait eu dix enfants. Le premier accouchement avait eu lieu en 1824: l'enfant présentait la tête, le travail fut facile et prompt.

Depuis, dans l'espace de dix ans, cette femme a eu un enfant presque tous les ans. — Le deuxième accouchement eut lieu le 1<sup>er</sup> mai 1836 (sexe masculin); présentation des pieds. Celui-là était encore naturel. Désormais le bras seul se présentera. Quand je fus appelé pour terminer cet accouchement, dit M. Gély, il y avait près de douze heures que les extrémités pelviennes étaient sorties; l'examen de ces parties, leur refroidissement, ainsi que celui du cordon ombilical, me firent craindre la mort de l'enfant, qu'après une manœuvre longue et douloureuse je parvins à extraire: il avait succombé; son volume était énorme, son poids excédait un peu dix livres et un quart. L'exploration du bassin à l'aide du doigt, après l'accouchement, n'y fit rien découvrir d'anormal. — Depuis ce laborieux accouchement, cette femme en a eu huit autres, et constamment les présentations ont été anormales: six ont été terminées par moi, et c'est toujours le bras qui s'est présenté, tantôt en première, tantôt en deuxième position. Le plus souvent à mon arrivée, ajoute l'auteur, je trouvais les membranes rompues et

le bras pendant à la vulve : quelquefois cependant le suis arrivé avant l'écoulement des eaux ; mais dans l'un et l'autre cas, quelque soin que j'aie mis à la rude manœuvre à laquelle il fallait se livrer, j'ai en cinq fois la douleur d'amener un enfant mort. Ces enfants étaient tous énormes, ils pesaient de neuf à dix livres et quelquefois davantage. — La femme Raguin en était à sa septième grossesse quand, circonvenue par les sollicitations d'un jeune médecin récemment arrivé dans la contrée, elle se fit accoucher par lui. Le résultat fut entre ses mains ce qu'il avait été entre celles de M. Gély. — Un huitième accouchement fut confié de nouveau à ce jeune médecin, qui cette fois fut plus sage sans être plus heureux, bien qu'il eût appelé à son aide un confrère d'un canton voisin.

Devenue grosse pour la 9<sup>me</sup> fois, cette femme fit appeler M. Gély dans la nuit du 5 juin 1835. Le bras gauche était prêt à franchir l'orifice utérin ; les membranes étaient rompues. Après trois heures de fatigues, il amena, comme toujours, un enfant mort. J'avais appliqué, dit-il, le forceps après avoir opéré la version, espérant ainsi éviter toute traction sur la vertèbre cervicale et par suite toute distension de la moelle épinière. Nonobstant ce soin et la certitude d'avoir évité cet accident, le résultat n'en fut pas moins funeste. L'enfant pesait de neuf à dix livres. — En 1837, nouvelle et dixième grossesse. Cette fois, la femme Raguin se soumet à un régime très-sévère ; quatre saignées furent pratiquées pendant sa grossesse : la première au cinquième mois, les trois autres ensuite de mois en mois. Grâce à ce soin, à laquelle elle n'avait pas voulu s'assujettir pendant les grossesses précédentes, cette femme n'atteignit pas l'énorme distension abdominale qu'elle avait constamment présentée. Le 5 novembre 1837, appelé pour l'accouchement, je trouve, continue M. Gély, le col largement dilaté, et je sens une main à travers les membranes, qui se rompent après quelques douleurs. Le cordon ombilical et la main s'engagent aussitôt et franchissent l'orifice en même temps. En moins d'un quart d'heure, cette fois, j'opère la version, et j'amène un enfant en apparence sans vie, mais qui, après une légère émission de sang par le cordon, se trouve fort et bien portant. Il est du sexe féminin et moins volumineux que ceux qui l'ont

précédé : il pèse huit livres et un quart.

Un onzième accouchement, au mois de juin 1840, enleva la mère et l'enfant, qui cette fois encore présentait le bras. M. Gély avait quitté Vimpeles à cette époque ; il apprit la mort de cette femme dans un voyage qu'il y fit le lendemain du jour de l'accouchement. — Si maintenant nous recherchons la cause qui a pu déterminer cette série d'accouchements si constamment funestes, et en nous préoccupant de la conduite que le praticien a suivie, nous ne pouvons que partager la manière de voir et de faire de M. Gély. Fallait-il pratiquer la symphysiotomie ? Mais outre que la mensuration du bassin et son exploration avec le doigt en avaient constaté l'étendue normale dans ses différents diamètres, deux premiers accouchements naturels devaient faire rejeter ce parti extrême et désespéré. Devait-on provoquer l'accouchement prématuré sans doute ce parti offrait moins de danger que le précédent ; néanmoins nous ne saurions blâmer M. Gély de ne l'avoir pas adopté, car les deux premiers accouchements, naturels et à terme, pouvaient à chaque grossesse faire concevoir l'espérance d'un dénouement plus heureux. Étant donc bien avéré que le volume énorme de l'enfant produisait seul la difficulté et l'issue funeste de l'accouchement, le traitement hygiénique imposé à la mère devenait on ne peut plus rationnel, et le résultat, en lui donnant raison, en a fait une règle de thérapeutique pour les cas semblables. (*Revue médicale*, novembre 1842.)

**ACCOUCHEMENTS.** (*Insertion du placenta sur le col.*) Les dangers auxquels l'insertion du placenta sur le col expose les femmes dans les derniers mois de leur grossesse, à cause de l'hémorrhagie qui en est la conséquence oblige, pour ainsi dire, et trop souvent funeste, ont conduit de tout temps les accoucheurs à se préoccuper des moyens propres à s'opposer aux accidents qui sont alors à craindre. Ces moyens sont le tamponnement, le décollement du placenta, la perforation de ce dernier, et la rupture simple des membranes. Si l'on est d'accord sur l'efficacité de ces manœuvres tentées en vue de faire cesser l'hémorrhagie, on l'est moins en général sur l'opportunité de chacune d'elles. Cette divergence

tient à ce que les auteurs qui ont préconisé telle ou telle méthode se sont trop exclusivement préoccupés de quelques cas particuliers, sans tenir assez compte des autres; tandis que chaque fait, chaque individualité sont entourés de circonstances qui doivent à chaque instant faire varier la pratique du médecin. Sachons donc gré à M. Andrieux de Brioude, d'éclairer par de nouveaux faits cette intéressante question de l'art obstétrical.

Une femme entre il y a quelques jours à la clinique du professeur Dubois; elle a été prise d'une perte abondante sans avoir fait le moindre effort, le moindre mouvement. Le col est ouvert et dilatable: en avant, M. Dubois sentit un bord du placenta, et en arrière, les membranes, derrière lesquelles était un corps dur, arrondi, offrant les caractères de la tête. Une première dose de seigle ergoté fut donnée, après quoi M. Dubois fit la rupture des membranes avec une plume et laissa à la nature le soin de terminer l'accouchement. Le liquide amniotique s'écoula et l'hémorrhagie fut arrêtée. Nouvelle dose de seigle ergoté; à midi l'accouchement est terminé (la rupture des membranes avait eu lieu à huit heures).

Une autre femme, âgée de vingt-cinq ans, accouchée déjà deux fois heureusement, se présente au même hôpital. Cette femme, il y a huit jours, fut prise au lit d'une perte très-considérable qui diminua au bout de quelques heures. Hier, 20 septembre, nouvelle hémorrhagie: l'orifice externe est fort peu ouvert, de sorte qu'on ne sent que confusément à travers le col un corps mou qu'on ne peut assurer être le placenta; mais si ce n'est pas lui, ce sont au moins les membranes, recouvertes par une capsule très-épaisse, ce qui prouverait que si le placenta n'est point sur le col, il est du moins dans son voisinage. Il y a absence de travail et de dilatation de l'orifice, on ne distingue pas la région qui se présente. Dans cet état de choses, le tampon a été appliqué.

Le 10 septembre, le docteur Andrieux fut appelé après d'une femme de la rue Montmartre, à huit mois de grossesse, affectée d'une perte qui se renouvelait pour la troisième fois depuis huit jours. Au toucher, le col est effacé, mou, ouvert de la grandeur d'une pièce de trois francs. On sent

un corps mollassé, inégal, peu épais, car derrière lui on sent assez bien une partie dure et arrondie qui semble être la tête. La femme est très-faible, le poulx est petit, filiforme: la perte augmentait toujours, le docteur Andrieux prend le parti de décoller le placenta du côté qui paraît le moins épais, pour faire la perforation des membranes et ensuite la version; mais à peine eut-il appliqué un doigt entre le col et l'œuf, que la résistance céda, les eaux s'écoulèrent, l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt; la matrice revint sur elle-même: quelques grains de seigle ergoté furent donnés, et deux heures après l'enfant était expulsé. L'inspection du délivre fit voir les membranes rompues sur le bord même du placenta. — Depuis la publication du travail de M. Andrieux, il s'est présenté à la clinique d'accouchements un nouveau cas d'implantation du placenta sur le col. Cette fois M. Dubois, après avoir opéré la rupture des membranes, a été obligé de faire un peu plus tard la version. (*Annales d'Obstétrique*, décembre 1842.)

**AFFECTIONS INTERMITTENTES à courtes périodes** (*Nouvelles observations sur les*). Il y a quelques mois, un praticien de Paris, M. le docteur Melier, lut un mémoire devant l'Académie de médecine, dans lequel il attirait l'attention sur un certain nombre de cas morbides, à intermittence tellement rapprochées, que ce caractère pouvait passer inaperçu pour l'observateur, et ne pas le mettre par conséquent sur la voie du véritable traitement à opposer à ces affections. Il cita des faits nombreux de maladies ou d'inconvénients qui avaient résisté aux traitements les plus rationnels, et qui disparurent comme par enchantement aussitôt que l'intermittence bien reconnue permit l'emploi du sulfate de quinine. M. le docteur Duparcque vient à son tour, et pour confirmer les opinions de M. Melier, d'exposer quelques cas qui sont dignes d'attention. Nous ne parlerons pas des premiers, relatifs à des convulsions chez les enfants, dans lesquels le sulfate de quinine, en enrayant les convulsions, aurait détruit l'imminence de la fièvre cérébrale, car ces faits ne nous paraissent pas parfaitement concluants. Il n'en est pas de même de celui-ci, concernant un hoquet

de longue durée, et menaçant l'existence.

Un homme de 80 ans, fortement constitué, en convalescence d'une rétention d'urine, est pris, le 20 décembre 1839, d'un hoquet, d'abord rare et peu intense, mais qui acquit bientôt une violence et une persistance telles, qu'il inspira les plus vives inquiétudes. Les ventouses, les sinapismes, les antispasmodiques les plus énergiques, les narcotiques, la belladone, les opiacés, les boissons glacées et les applications de glace, ou large vésicatoire saupoudré de morphine, tout fut inutile. Le malade paraissait être dans un état désespéré. Réfléchissant alors à la marche qu'affectait ce grave accident, aux interruptions de trois quarts d'heure à une heure de durée, après deux à quatre heures de hoquet continu, M. Duparcque conçut l'idée d'essayer le sulfate de quinine. C'était le cinquième jour de la maladie; 60 cent. furent donnés à six heures du soir : diminution sensible pendant la nuit; nouvelle dose le matin, diminution progressive et cessation complète dans la nuit.

M. Duparcque cite aussi un cas de délire aigu, avec intermittence de quelques heures, durant depuis six jours chez une jeune fille de six ans et demi, contre lequel toute la série des antispasmodiques et stupéfiants avait été administrée, et qui céda facilement à un demi-gramme de sulfate de quinine.

Enfin, il raconte l'histoire d'une névralgie pharyngienne diffuse, prise pour une angine chronique, qui durait depuis six mois, et dont il a obtenu la guérison rapide par le sulfate de quinine, aussitôt qu'il eut aperçu un caractère d'intermittence dans la douleur.

Ces faits ont une valeur pratique incontestable. L'intermittence dans les maladies, quels qu'en soient leur siège, leur nature, leurs complications, est le point dominant de la thérapeutique, aussitôt qu'elle est suffisamment reconnue. Le travail de M. Meller, et aussi celui de M. Duparcque, auront pour résultat de fixer plus particulièrement l'attention des praticiens sur l'intermittence à courtes périodes, contre laquelle le quinquina et ses préparations sont aussi efficaces que dans les intermittences plus éloignées, dont ce médicament est le spécifique par excellence. (*Gaz. méd. de Paris*, décemb. 1842.)

**ACIDE IODIQUE** (*Nouveau procédé pour la préparation de l'*). Le procédé de M. Poulenc est calqué sur celui de M. Bantin, dont il ne diffère que par le modus faciendi; comme lui, il opère l'oxygénation de l'iode à l'aide de l'acide nitrique très-concentré. A cet effet, M. Poulenc prépare d'abord de l'acide nitrique concentré en décomposant parties égales de nitrate de potasse fondu ou cristal minéral, et d'acide sulfurique, déshydraté autant que possible par une ébullition de plusieurs heures. Après avoir versé l'acide sur le sel pulvérisé et renfermé dans une cornue de verre, il adapte au col de cette cornue un ballon tubulé plongeant dans un mélange réfrigérant bien entretenu, dans l'intention de condenser le plus possible les vapeurs d'acide hyponitrique; l'opération doit être conduite avec modération et avec soin. L'acide nitrique qui se dégage est excessivement rutilant, et tient en dissolution une quantité très-notable d'acide hyponitrique.

Pour obtenir l'acide iodique, il suffit de placer dans un ballon à long col 25 grammes d'iode en poudre fine, et de verser dessus 80 grammes d'abord d'acide nitrique rutilant; on chauffe très-légèrement au-dessus de quelques charbons incandescents, ou mieux au bain-marie; la réaction est prompte et rapide. Si l'iode n'est pas entièrement décomposé, ce qui arrive presque toujours, on décante l'acide qui n'a plus d'action, et on le remplace par une égale quantité de nouvel acide. On parviendrait difficilement à attaquer tout l'iode; au dire de M. Poulenc, il en reste toujours quelques parcelles. Après une série d'opérations semblables, on dessèche le tout au bain-marie dans une capsule de porcelaine, pour chasser l'excès d'iode; on reprend par l'eau distillée et on fait cristalliser, soit en ajoutant une petite quantité d'acide nitrique à 40°, comme le conseille M. Bantin, soit, comme faisait Serrullas, en laissant la dissolution, parvenue à l'état sirupeux, au contact de l'air, sous l'influence de l'évaporation spontanée; le premier de ces moyens est plus expéditif, le second donne de plus beaux cristaux. (*Journal de pharm.*, décembre 1842.)

**COQUELICOT** (*Les capsules du*) ne contiennent qu'infiniment peu de

*morphine*. La présence de la morphine ayant été indiquée par M. Chevallier dans les fleurs de coquelicot (*papaver rhœas*, pavot rouge), et niée au contraire par M. Ridard, M. Filhol a eu l'idée de trancher la question en analysant les capsules du pavot rouge, pensant avec juste raison qu'elles doivent renfermer plus de morphine que les fleurs, et partant, que si l'absence de cette base alcaline végétale était constatée dans les capsules elles-mêmes, la recherche de la morphine dans les fleurs deviendrait inutile. Nous ne suivrons pas M. Filhol dans le cours de ses intéressantes recherches analytiques, examinées au point de vue chimique; nous nous contenterons d'enregistrer ici que le décocté acide des capsules de coquelicot, mis en contact avec un excès de chaux hydratée, a produit un précipité qui, séché et traité par l'alcool bouillant, donne un résidu dans lequel M. Filhol a pu constater la présence d'une trace de morphine, mais sans indice de nareotine. Il résulte donc des recherches analytiques de M. Filhol, que l'effet calmant de l'extrait des capsules de coquelicot doit être presque nul, car la quantité de morphine qu'il renferme, est excessivement faible comparativement à celle que l'opium fournit à poids égal. M. Filhol se propose d'étudier incessamment les fleurs du *papaver rhœas*, afin de comparer leur analyse à celle du fruit de ces mêmes plantes. (*Journ. de pharm.*, décembre 1842.)

**COQUELUCHE** (*Lettre à M. Bretonneau sur la*), par M. Trousseau. Le discours que M. Trousseau a prononcé à la rentrée de l'École de médecine, a fait sensation dans le monde médical. Ce discours contenait, et c'était pour nous le morceau capital, une appréciation juste quoique sévère de l'application du calcul à la thérapeutique. Les objections de M. Trousseau n'étaient pas neuves, mais elles étaient revêtues d'une forme brillante et colorée qui les rendait plus incisives. Nous n'aurions certes jamais pensé qu'après une telle profession de foi, qu'après avoir si bien démontré l'inanité, l'impuissance et les contradictions des chiffres, qu'après avoir si éloquemment prouvé les conséquences absurdes de la méthode dite numéri-

que, M. Trousseau, infidèle à ses principes, présentât, quelques jours après, au public médical, un travail basé sur cette méthode, un travail de chiffres sur une des maladies les plus fréquentes de l'enfance, la coqueluche.

Après y avoir réfléchi, nous ne trouvons d'autre explication possible à ce revirement que celle-ci : M. Trousseau aura voulu joindre l'exemple au précepte; après avoir assuré que la statistique médicale était une sorte de mystification, il aura voulu en donner la preuve. Il a réussi au delà peut-être de ses desirs.

Voici les propositions que déduit M. Trousseau de 26 observations de coqueluche, qu'il a recueillies pendant une épidémie qui a régné en janvier 1841 dans les salles des femmes nourrices, à l'hôpital Necker.

La coqueluche est précédée presque toujours par une toux qui n'a rien de spécial; la toux initiale a quelquefois des caractères tout à fait spéciaux; quelquefois la coqueluche débute d'emblée et sans catarrhe initial; la coqueluche atteint ordinairement le *summum* d'intensité peu de jours après le début de la toux convulsive; la période d'état est fort courte; la période de décroissance très-longue; la maladie dure de quelques jours à plusieurs mois; les enfants qui meurent succombent à des accidents thoraciques aigus ou chroniques, quelquefois à des maladies étrangères à l'appareil de la respiration. Un état fébrile intercurrent, une phlegmasie plus ou moins grave, diminuent toujours, suspend quelquefois, et guérit même la coqueluche; la thérapeutique est presque impuissante; la coqueluche peut attaquer une seconde fois le même individu.

Sur les 26 malades atteints de coqueluche, plus d'un quart a succombé; chez ceux qui ont guéri, la maladie a duré 1 fois 3 jours; 2 fois 11 jours; 1 fois 14 jours; 1 fois 19 jours; 1 fois 20 jours. — Voici la série des accidents qui sont venus compliquer la coqueluche chez ces 26 malades : 3 pneumonies aiguës lobulaires; 2 morts, 1 guéri. — 2 pneumonies tuberculeuses; 2 morts. — 1 pneumonie aiguë, compliquée d'encéphalite et de méningite; 1 mort. — 1 pneumonie tuberculeuse, compliquée de méningite granuleuse; 1 mort. — 1 hémorrhagie nasale très-grave; 1 guéri. — 1 entérite chronique; 1 mort.

— Somme toute, 7 morts sur 26 malades.

M. Trousseau fait remarquer que ces résultats désastreux ont été observés dans un hôpital où toutes les conditions d'hygiène et de soins ne se rencontrent pas; et que, dans sa pratique civile, depuis dix-sept ans, il n'a encore perdu qu'un seul malade de la coqueluche, encore était-il rachitique.

La fréquence des quintes lui a paru presque toujours plus grande la nuit que le jour. Relativement à l'âge, on peut conclure de cette épidémie que la plus extrême jeunesse ne met pas à l'abri de la coqueluche, car elle a été observée 5 fois sur des enfants de moins de 2 mois; 1 fois à moins de 6 semaines; 2 fois à 1 mois. La maladie a sévi plus souvent sur les filles que sur les garçons.

L'influence d'un état fébrile intercurrent sur la diminution, la suspension, et même la guérison de la coqueluche, a été étudiée avec soin. Lorsque la cause la plus minime, par exemple la vaccine, l'éruption d'une dent, provoquait de la fièvre, on voyait les quintes diminuer considérablement, et quelquefois même cesser complètement. Exemples : un enfant a 15 quintes en 24 heures; il prend une pneumonie. Le lendemain, 6 quintes; le deuxième jour, 0; le troisième jour, 0. La fièvre diminue, 2 quintes. — Un enfant a 9 quintes : il contracte un rhume, et en même temps une dent sort de l'alvéole; pendant trois jours, qu'il y a seulement un peu de malaise fébrile, la coqueluche cesse totalement, pour reparaitre dès que la dent est sortie de la gencive. Dans d'autres cas, la maladie intercurrente fait entièrement disparaître la coqueluche; exemple : fille âgée de 1 mois, 20 quintes; pneumonie, cessation totale des quintes; cessation de la fièvre, 8 quintes; 4 jours plus tard, 2 quintes; le lendemain cessation définitive.

Pour le traitement, M. Trousseau a surtout usé des vomitifs et des calmants. L'ipécacuanha administré sur 9 malades, a produit : 1 fois, une sorte d'aggravation; 3 fois, la coqueluche est restée stationnaire; 1 fois, l'effet a été incertain; 4 fois, elle a été très-rapidement et très-notablement améliorée. Les antispasmodiques et les stupéfiants ont paru peu utiles à M. Trousseau, et dans les coqueluches bénignes, il y a presque complètement renoncé. Évidemment

à leur aide il rendait les quintes moins fréquentes; mais venait-il à cesser leur usage, les quintes repa-raissaient comme s'il n'eût rien fait. Cependant il y aura encore recours dans les coqueluches très-violentes; il les continuera pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, jusqu'à ce que la maladie arrive à son état stationnaire ou de déclin. « Somme toute, ajoute-t-il, et cela est peu consolant à dire, dans la coqueluche simple, et exempte de complications, la thérapeutique m'a semblé le plus souvent insuffisante. » (*Journ. de Médecine*, janv. 1813.)

**ECTROPION** (*Sur un nouveau procédé pour guérir l'*). Ce n'est pas le procédé opératoire qui constitue le côté neuf et intéressant du fait suivant, mais bien le résultat fort curieux du procédé mis en usage. Il s'agit d'un enfant de dix ans affecté d'un ectropion de la paupière inférieure de l'œil gauche avec granulation vasculaire de la conjonctive palpébro-oculaire. Le docteur Magne voulut associer l'excision et la cautérisation dans le but d'une guérison plus certaine. Les parents s'y étant refusés, force fut bien de se borner à la cautérisation avec le nitrate d'argent. Ces cautérisations furent faites coup sur coup, c'est-à-dire tous les jours et avec force sur les surfaces granuleuses. Le 25 août, neuf jours après la dernière cautérisation, il y avait une telle amélioration qu'on cessa de cautériser. — Le petit malade s'éloigna alors de Paris; il fit usage du collyre suivant :

Eau de laitue..... 60 gram.  
Eau distillée de laurier-cerise. 10 —  
Mucilage de semence de coing. 4 —  
Pierre ophtalmique..... 15 centig.

De retour à Paris le 12 novembre, l'enfant ne présentait plus aucune trace d'ectropion. En abaissant la paupière inférieure, on remarquait deux petites brides de formation nouvelle, développées près de l'angle externe de l'œil; ces brides mettaient en rapport la conjonctive oculaire et palpébrale, et avaient ainsi opéré le redressement de la paupière. Ces brides, de couleur blanchâtre, offraient tous les caractères du tissu des cicatrices. (*Gaz. des hôp.*, décembre 1812.)

**ÉPILEPSIE** occasionnée par une lésion traumatique de l'œil. Le su-

jet de cette observation, publiée par le docteur Szokalski, est un individu de trente ans, qui, se trouvant un jour à causer avec un tailleur de pierre, reçut dans l'œil un éclat de celle-ci. Il en résulta une plaie de l'œil, qui, en 1838, a laissé pour trace une cicatrice de la cornée avec adhérence à l'iris, de telle sorte qu'il ne reste aucune apparence de pupille. L'inflammation traumatique avait été très-intense, et dura plus de trois mois. Le blessé avait repris ses travaux habituels, lorsqu'un jour il fut atteint subitement de photophobie avec photopsie, et d'une violente douleur dans le front, la tempe, et surtout dans l'œil blessé anciennement. Ces souffrances duraient à peine depuis une demi-heure, lorsqu'il fut pris de vertiges, de nausées; puis tout à coup il tomba sans connaissance, et eut pendant quelques minutes de violentes convulsions. Bientôt il s'endormit, et à son réveil il s'aperçut qu'il portait plusieurs contusions aux membres, et qu'il s'était mordu la langue pendant son attaque. Depuis ce temps, le malade avait des attaques de même nature presque tous les mois, sans avoir remarqué aucune périodicité dans leur retour. Elles revenaient surtout lorsqu'il faisait des excès de boisson ou qu'il travaillait longtemps au soleil. Le malade assure n'avoir jamais eu aucune attaque avant son accident. Sa mère a été dans sa jeunesse affectée du haut-mal. Le docteur Szokalski conseilla des vésicatoires au front, et l'oxyde de zinc à l'intérieur: résultat nul.

L'œil étant évidemment le point de départ des accidents épileptiques, le médecin eut l'idée d'en pratiquer la paracenthèse ou d'en faire l'extirpation. Le blessé s'y refusa. Plus tard, celui-ci apprit au docteur Szokalski que son œil s'était spontanément vidé, à la suite d'une violente inflammation survenue après une attaque plus forte que d'habitude. Cette inflammation avait été on ne peut plus douloureuse. Depuis la fonte de l'œil, les attaques ont cessé de se manifester.

Au mois d'octobre 1839, un autre cas du même genre que le précédent se présenta à la clinique du professeur Rostan. Sans que l'œil ait subi aucune lésion, les attaques, qui étaient précédées de photophobie et de douleurs dans le trajet de la première branche du nerf trifacial, se

bornaient cette fois à des crampes dans les muscles de la face, de la langue et du bras du côté de l'œil malade; à cela se joignait la perte de connaissance; après l'accès survenait de la somnolence.

Nos lecteurs trouveront la relation d'un fait semblable à ce dernier dans le compte-rendu des maladies observées à l'Institut ophthalmique de Bruxelles pour l'année 1841, par le docteur Florent Cunier. (*Ann. d'oculistique*, décembre 1842.)

**FARCIN CHRONIQUE** communiqué à l'homme par un cheval morveux et suivi de guérison. Il n'existait pas encore d'exemple de farcin chronique terminé par la guérison; en voici un, qu'après y avoir mûrement réfléchi, M. Monneret présente avec confiance comme un cas de ce genre. Un palefrenier âgé de 19 ans, nommé Gallot, qui couchait au milieu d'une écurie, où il n'était séparé d'un cheval morveux par aucun intermédiaire, tombe malade et se fait apporter le sixième jour à l'hôpital de la Charité; c'était le 18 octobre 1841. Le malade présentait d'abord des symptômes généraux; de la fièvre, de la soif, de la céphalalgie, de la prostration et des douleurs intenses dans les jointures des pieds, dans les genoux, dans les muscles de la jambe et de la cuisse. Peu de jours après, la maladie change de face: des pustules, des abcès se développent dans diverses parties du corps. C'est le 25 octobre que la scène s'ouvre par des pustules purulentes sur le cou-de-pied et l'orteil du pied gauche; trois jours après, c'est une tumeur diffuse, de la grosseur d'uno noix, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse gauche; puis le surlendemain, encore deux autres tumeurs de même nature, ayant les caractères des abcès qui suivent l'infection purulente, au mollet droit et à la jambe gauche. Dans le courant de novembre et de décembre, de nombreux abcès se forment successivement dans les membres inférieurs et supérieurs, qui sont uniquement affectés; un abcès considérable est ouvert à la cuisse droite avec le bistouri, il pénètre dans l'épaisseur des muscles; il en vient un autre au tiers supérieur et inférieur de la jambe droite, près du creux poplité; trois autres indurations de la grosseur d'une noix se forment à la partie externe de la cuisse gauche, une autre à la partie inférieure du tri-

ceps brachial droit; il se développe un abcès à l'avant-bras, près du poignet; enfin, il se forme plusieurs autres indurations de la grosseur d'une noisette, disséminées sur les membres. Ce tableau est effrayant. Néanmoins, malgré le nombre de ces tumeurs purulentes qui, sans phénomènes précurseurs, sans rougeur, sans chaleur, sans aucun phénomène propre aux inflammations phlegmoneuses, se développaient avec rapidité et d'un jour à l'autre, l'état général du malade n'offrait rien d'alarmant. Sa maigreur était grande, son pouls présentait constamment 100 pulsats. Il y avait tous les soirs un paroxysme fébrile intense et des sueurs la nuit; mais aucun organe intérieur ne présentait de lésion notable. Ce qu'il faut ajouter, c'est que les fosses nasales, le pharynx, la voûte palatine, les voies respiratoires n'ont jamais rien offert de remarquable.

En juillet 1842, l'état de ce malade était, malgré le traitement dont nous parlerons, exactement celui que nous venons de décrire: les tumeurs, les abcès existaient et n'avaient pas fait un pas vers la guérison; les plaies résultant de leur ouverture étaient restées pendant huit mois sans se cicatrifier, malgré les pansements les plus méthodiques, les cautérisations avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, les lotions chlorurées et la compression; les bords irréguliers, inégaux, saillants, étaient d'un rouge vif, et tantôt saignaient au moindre attouchement, tantôt ils étaient grisâtres, indurés, couverts de saie et semblables à certains ulcères vénériens.

Quel a été le traitement dirigé contre cette redoutable affection? Les toniques, les préparations iodurées, les antiseptiques. Dès le début, M. Monneret adopta le traitement tonique, qui fut également continué par M. Andral jusqu'à parfaite guérison. Il a consisté en décoction de quinquina, en vin et extrait de quinquina administrés à haute dose; on a recouru à l'addition du vin de Bagnols au vin de quinquina, et à l'usage de la potion suivante :

Potion gommeuse.....	120 gram.
Campbré.....	30 centig.
Teinture de castoreum.....	1 gram.
Acide niurique alcoolisé.....	12 goutt.

Ce n'est que dans les premiers jours de juin que M. Andral commença à lui faire prendre l'iodure de potassium (2 grammes) et l'iode

(10 centigrammes). Il mangeait quatre portions d'aliments.

Mais la période la plus curieuse de cette observation, c'est celle de la guérison du malade. Le 6 juillet 1842, il se déclare au bras gauche, autour de la plaie fistuleuse d'un abcès, un érysipèle, et en même temps sur tout le corps une éruption de petites vésicules miliaires à auréoles rouges; l'érysipèle gagne le bras, l'aisselle, l'avant-bras, l'épaule; la fièvre est intense, il y a de l'agitation, du délire, etc. L'érysipèle et les autres phénomènes cessent le 13. Le 16, sur le genou et la cuisse gauche, vésicules miliaires nouvelles; la fièvre tombe; meilleur aspect des plaies. Le 17, paroxysme fébrile; le soir, réapparition de l'érysipèle à l'avant-bras gauche et au bras. Le 24 juillet, ces phénomènes cessent, et tout rentre dans l'ordre; toutes les plaies se cicatrisent en peu de jours. Le malade sort entièrement guéri le 31 juillet 1842.

Dans le mois qui a précédé le rétablissement du malade, temps précis où les préparations iodurées ont été administrées, les déterminations morbides, au lieu de s'effectuer vers le tissu cellulaire général, ont pris leur cours vers les surfaces cutanées. Une éruption miliaire confluente, deux érysipèles se sont alors manifestés, et en même temps, soit coïncidence, soit intervention d'une cause inconnue, l'appareil fébrile devient plus continu, plus intense; une véritable affection aiguë remplace l'affection chronique, et au bout d'un temps très-court, l'état du malade s'améliore rapidement; les plaies, qui étaient restées stationnaires pendant huit mois, se cicatrisent très-vite, la suppuration se tarit; comme si les efforts conservateurs de la nature avaient enfin réussi à expulser au dehors les derniers restes de la matière morbifique. (*Journ. de méd., janvier 1843.*)

**FARCIN CHRONIQUE communiqué du cheval à l'homme et terminé par la mort.** Nous venons de rapporter un exemple de guérison d'une affection jugée par MM. Andral et Monneret, et un grand nombre de médecins qui ont vu le sujet dans les salles, comme le résultat de l'infection farcineuse communiquée par un cheval morveux. C'est, comme nous l'avons dit, le premier cas connu de cette nature qui n'ait pas été



suiwi de la mort, et l'on a pu juger de la gravité des accidents et de la longueur de la maladie. Voici encore deux victimes de cette terrible affection. L'un est un garçon d'écurie, âgé de 36 ans, reçu à l'Hôtel-Dieu dans les salles de M. Gueneau de Mussy. Comme le malade de M. Andral, ses jambes et ses cuisses étaient parsemées de tumeurs fluctuantes, ayant l'aspect des abcès froids; il y en avait à la partie inférieure de la cuisse gauche, à la partie interne de la cuisse droite, au mollet gauche, à la naissance du tendon d'Achille de ce côté, au bas de la cuisse droite, au mollet droit, enfin sous le grand pectoral droit; enfin plus tard de nouveaux abcès se forment aux membres supérieurs. Ce malade est mort épuisé, et avec les signes de l'infection purulente, au bout de deux mois.

Le second exemple à enregistrer a été observé dans le mois de décembre dernier par M. le docteur Jouet, d'Isigny (Manche). C'est un cas de morve aiguë, terminé au seizième jour par la mort, chez un meunier de 26 ans. Il y avait chez lui une multitude d'abcès sous-cutanés aux membres. Une matière purulente et sanieuse obstruait ses narines, ce qui n'avait pas lieu chez les malades de l'Hôtel-Dieu et de la Charité dont nous avons parlé. Il y avait de fausses membranes dans l'arrière-bouche. Deux chevaux morveux existaient dans l'écurie de cet homme.

Il est important de publier de pareils faits, afin de prémunir les habitants des campagnes sur les dangers auxquels ils sont exposés en donnant des soins aux animaux atteints de morve aiguë. Les renouvellements de ces tristes événements provoquent sans doute de la part de l'autorité de nouvelles mesures sanitaires, d'autant plus nécessaires que l'on ignore dans les campagnes la possibilité de la transmission de la morve par contagion des solipèdes à l'homme. (*Gaz. des hôp.*, décembre 1842.)

**FRACTURE du calcaneum par écrasement.** Dans tous les traités de chirurgie, on s'est beaucoup occupé de la fracture du calcaneum produite par la contraction des muscles du mollet; cependant, s'il faut en croire M. Malgaigne, cette fracture par arrachement serait assez rare pour que de nombreuses recherches ne lui aient pas permis d'en constater plus de cinqu-

six cas; encore seraient-ils fort incomplets, de telle sorte, ajoute l'auteur du travail que nous analysons, qu'il se pourrait bien qu'elle dût céder le pas à cette autre fracture qu'il appelle parécrasement, et qui, par la difficulté de son diagnostic, serait restée oubliée ou bien plutôt méconnue. Trois observations, dont deux avec pièce anatomique à leur appui, ont servi de base à M. Malgaigne pour établir les caractères de cette fracture et en expliquer le mécanisme. Chez les trois malades, la fracture a été constamment produite par une chute sur les pieds d'un lieu élevé: « les symptômes sont: une vive douleur, assez forte pour empêcher les blessés de marcher; (disons que chez le premier sujet il y eut exception à cette règle.) Presque en même temps que la douleur, se développe une tuméfaction qui embrasse les deux malléoles, une partie de la plante du pied, et, chose remarquable, le talon et la région du tendon d'Achille n'ont rien offert de semblable. Le gonflement masque si bien la déformation des parties, qu'un œil peu exercé croirait le pied tout à fait hors de cause, et il est tellement marqué sur les malléoles, surtout sur la malléole externe, qu'il attire presque invinciblement l'attention de ce côté; mais sur les malléoles comme sur le dos du pied, il est mou et dépressible, tandis qu'au-dessous de la malléole interne il repose sur une véritable saillie osseuse anormale, celle du fragment interne et supérieur du calcaneum. L'ecchymose se prononce surtout au bout de quelques jours, elle siège principalement au-dessous des malléoles. Là aussi se rencontrent les points les plus douloureux à la pression, surtout au côté interne. Les deux déformations caractéristiques sont: l'*élargissement du calcaneum*, sensible à l'œil attentif, mais surtout au toucher au-dessous de la malléole interne, et l'*affaissement de la voûte du pied*, quelquefois sensible à l'œil, sinon reconnaissable au toucher en déprimant les parties molles tuméfiées du dos du pied. La crépitation est obscure, sujette à manquer; le meilleur moyen de l'obtenir est d'embrasser le talon d'une main, tandis que de l'autre on imprime au pied divers mouvements, et surtout des mouvements de latéralité. »

Quant à la fracture elle-même, considérée dans sa forme, sa direction et les diverses circonstances anatomiques qui peuvent l'accompagner, voici

ce que l'auteur a noté chez le premier malade dont l'autopsie a été faite. Une première fracture horizontale avait séparé le calcanéum en deux moitiés superposées, dont la supérieure était enfoncée surtout en avant dans le tissu spongieux de l'inférieure, à une profondeur de quatre à cinq millimètres. Cette portion supérieure était à son tour partagée en deux par une fracture antéro-postérieure divisant la grande surface articulaire: il existait entre ces deux fragments en avant un écartement de 5 à 6 millimètres rempli par du sang coagulé. Le fragment interne, déplacé en bas et en dedans, était seul mobile; c'était lui qui, pendant la vie, avait donné la sensation de crépitation: il existait une foule d'autres petites fractures de la grande apophyse antérieure et de l'apophyse interne, mais si bien maintenues en rapport, soit par le tissu fibreux, soit par une sorte de pénétration réciproque, qu'il était impossible d'y produire de la crépitation. Outre un vaste épanchement sanguin sous-cutané et intermusculaire, il existait un liquide sanguinolent dans les articulations tibio-tarsienne, astragalo-calcanéenne, et calcanéo-cuboïdienne. Chez un second malade, on constata tous les mêmes accidents; le calcanéum cette fois était écrasé de haut en bas avec enfoncement des fragments les uns dans les autres, mais surtout avec un élargissement notable de son diamètre transversal presque entièrement opéré du côté interne: la section des deux calcanéum (car la fracture était double) permit de constater que les nombreux intervalles laissés par les fractures étaient à peine remplis par un tissu spongieux plus rouge, plus rare et plus tendre que le tissu de l'os. Bien que le malade ait succombé au 49<sup>me</sup> jour de la fracture, il est à remarquer qu'il n'existait aucune autre trace de consolidation, pas la moindre apparence de cal extérieur. Le premier malade succomba au 13<sup>me</sup> jour; la fracture ne présentait rien qui indiquât un travail de consolidation même commençant. Les deux sujets de ces observations étaient des aliénés de Bicêtre; l'un et l'autre furent pris d'accidents cérébraux qui résistèrent à tous les moyens mis en usage. Quant au troisième malade, chez lequel M. Malgaigne diagnostiqua une fracture du calcanéum gauche, c'est un ouvrier terrassier qui, entraînant une brouette sur une planche jetée en travers d'une carrière

ouverte à 5 mètres de hauteur, fit une chute sur les pieds; ce ne fut que vers le 50<sup>me</sup> jour après l'accident que cet homme put commencer à marcher avec des béquilles, et un mois plus tard seulement il pouvait s'en passer, encore éprouvait-il après une longue marche une douleur qui se faisait constamment sentir vers l'insertion du tendon d'Achille. Le traitement suivi par M. Malgaigne est des plus simples; il consiste d'abord à combattre les accidents inflammatoires locaux et les phénomènes de réaction générale par une ou plusieurs saignées du bras; à maintenir le pied dans ses rapports naturels avec la jambe, à l'aide de circulaires de bande médiocrement serrées, et de deux attelles latérales: ainsi on s'oppose à toute déviation soit en dedans soit en dehors. En résumé la fracture du calcanéum par écrasement est d'un pronostic fâcheux, la cause qui la détermine nous paraissant de nature à ne pas limiter son action à cet os seulement, mais à l'étendre aux os voisins et à y produire de graves complications, soit dans leur continuité, soit dans leurs rapports articulaires, et souvent dans ces deux parties à la fois. Il nous semble ensuite que le diagnostic précis de cette fracture offrira souvent de grandes difficultés; car la plupart des signes établis par M. Malgaigne peuvent être aussi ceux d'une entorse avec diastase et fracture des malléoles; quant à l'affaissement de la voûte du pied, il n'est pas impossible de l'expliquer par la fracture du métatarse et l'écrasement des os de la seconde rangée du tarse. Quant à la crépitation, seul signe vraiment pathognomonique, il sera toujours bien difficile de pouvoir reconnaître sûrement le point précis de la région tarso-métatarsienne où elle s'opère. Par ces réflexions que nous a inspirées la lecture du mémoire de M. Malgaigne, nous avons en vue de prévenir les praticiens contre des erreurs de diagnostic que l'auteur lui-même ne s'est pas dissimulées, et de faire ressortir tout l'intérêt qui s'attache aux moindres détails sémiologiques qu'il a exposés avec un soin tout particulier. (*Journ. de Chirurg.*, janvier 1843.)

**HÉMATURIE ABONDANTE.** *Des divers moyens d'extraire de la vessie les caillots qui la remplissent.* Sous ce titre, M. Leroy d'Etiolles vient de présenter à l'Académie des

sciences un mémoire dans lequel il examine successivement les divers instruments destinés à rendre plus facile l'extraction des caillots, qui, dans l'hématurie abondante, ne tardent pas à remplir la vessie. Pour cet habile praticien, les injections dans le réservoir urinaire, d'eau, soit simple, soit mélangée à une substance médicamenteuse propre à liquer le sang coagulé, outre l'inconvénient d'augmenter les douleurs souvent atroces qu'éprouve le malade, en ajoutant à la réplétion déjà si considérable de la vessie, ont encore celui de manquer l'effet qu'on se propose. Elles ne conviennent que dans le cas où le sang serait à demi liquide, peu abondant; or, c'est à du sang coagulé qu'ici nous avons affaire. Pour rompre et diviser les caillots, un opérateur a proposé de faire usage d'instruments brise-pierres; c'est là, dit M. Leroy, un moyen un peu violent, qui rappelle l'invocation à la massue d'Hercule, de la fable. Il repousse avec le même dédain l'instrument de M. Mercier, qui a, suivant lui, les inconvénients du brise-pierre, sans avoir les avantages de la sonde évacuatrice : M. Rigal a préconisé l'usage d'un fil métallique courbé en crochet; M. Leroy, qui l'a employé, le trouve insuffisant. Il donne la préférence à une grosse soude en gomme élastique, qui, dans trois cas, lui a parfaitement réussi. Ces trois cas étant semblables, nous en citerons un seulement, celui qui, au point de vue de la pratique, nous a paru le plus digne d'intérêt.

M. Gendarme, maître de forges, subissait l'opération de la lithotritie; les choses allèrent à merveille pendant deux jours, dit M. Leroy; mais le troisième, à l'occasion de l'enclavement d'un morceau de pierre dans le col, il se manifesta une rétention d'urine, qui dura depuis huit heures quand M. Leroy fut appelé; le malade éprouvait des douleurs atroces. Il repoussa aisément dans la vessie le fragment qui obstruait l'urètre, mais la sonde, deux fois introduite, ne donna pas issue à une seule goutte de liquide; on la retira chaque fois remplie de caillots sanguins.

Après avoir sans succès fait usage de mandrins en baleine, et de tiges métalliques recourbées en crochet, les accidents devenant de plus en plus formidables, M. Leroy remplaça la soude métallique, dont il s'était servi jusqu'alors, par une autre en gomme,

la plus grosse qu'il eût sous la main. Il fit ensuite l'aspiration avec une très-bonne seringue, munie du système de piston de M. Charrière; par ce moyen, et dès la première introduction, il ramena une demi-cuillère de sang coagulé. Cette manœuvre, répétée cent cinquante fois peut-être dans l'espace de six heures, permit d'extraire deux kilogrammes de caillots. Aucun accident, même léger, ne suivit cette laborieuse mais peu douloureuse opération.

Cette manœuvre, que M. Leroy suivit avec le même succès sur deux autres malades, lui paraît, à cause de son innocuité et de la facilité de son exécution, avoir rendu moins redoutable la réplétion de la vessie par du sang coagulé. — Tout en rendant justice à ce procédé d'évacuation, nous avouons que nous ne jugeons pas aussi sévèrement que le fait M. Leroy l'instrument de M. Mercier, non plus que l'application des lithotribes à la division des caillots sanguins; nous croyons qu'il est des circonstances où ils peuvent être utiles, et que leur exclusion du domaine de la thérapeutique ne doit pas être absolue. (*Journ. des connais. méd.*, décembre 1842.)

**INTRODUCTION DE L'AIR dans les veines** (*Moyen de prévenir la mort par F*). En présence de faits nombreux de mort subite par introduction de l'air dans les veines, et de l'impuissance de notre art, dont le rôle s'est borné jusqu'à ce jour à enregistrer de terribles accidents sans pouvoir jamais y remédier, nous devons compte à nos lecteurs de toutes les tentatives qui ne pourront manquer de se reproduire dans le but de conjurer les funestes résultats dont nous les entretenons naguère encore dans le *Répertoire* de notre numéro de décembre dernier. — Lors de l'introduction de l'air dans les veines, la mort a lieu, dit M. le docteur Mercier, comme dans les syncopes longtemps prolongées, c'est-à-dire parce que le cerveau ne reçoit plus le sang nécessaire à l'exercice de ses fonctions, le cours de ce liquide se trouvant interrompu dans les capillaires pulmonaires, d'abord parce que l'air, en raison de son élasticité, une fois arrivé dans l'oreillette, le ventricule droit et l'artère pulmonaire, empêche le cœur d'imprimer au sang

une impulsion suffisante, parce que cet air, par son reflux de l'oreillette dans les veines voisines, et du ventricule dans l'oreillette, interrompt presque entièrement le cercle de la circulation; enfin, parce que le mélange d'un gaz avec un liquide rend très-difficile le passage de ce liquide à travers les capillaires du poumon.

Maintenant, s'il est démontré, continue M. Mercier, qu'aussitôt que le cœur cesse de battre et par conséquent de lancer le sang au cerveau, il en résulte une mort apparente, pourquoi n'en serait-il pas de même quand le sang se trouve arrêté par un obstacle mécanique?

En conséquence de sa théorie, comme il n'est pas rare de voir la vie se ranimer après une syncope même très-longue aussitôt que le sang a repris son cours, M. Mercier pense qu'il ne faut pas désespérer trop vite. Mais alors quel moyen employer? Si la suspension des facultés ne tient d'abord qu'à une mort apparente du cerveau, il faut empêcher aussi longtemps que possible cette mort de devenir réelle. Si donc on pouvait empêcher la mort définitive du cerveau jusqu'à ce que le cœur se fût débarrassé et que le sang eut repris son cours, n'aurait-on pas lieu d'espérer que les fonctions cérébrales se rétabliraient? Or, quel moyen employer? Comme le cœur ne cesse pas immédiatement de se contracter, et qu'il parvient toujours à pousser, malgré l'obstacle, une certaine quantité de sang dans le système artériel, tâchons, continue M. Mercier, d'envoyer au cerveau la plus grande quantité possible de ce sang. Or, pour cela il propose un moyen bien simple : *c'est de comprimer l'aorte et les artères axillaires.*

Pour compléter l'idée de M. Mercier, qu'il n'a pas eu l'occasion d'appliquer sur l'homme, nous devons à nos lecteurs le récit de l'expérience suivante que nous leur laissons le soin d'apprécier, désirant ne point décourager par une discussion quelconque le zèle de l'auteur, si louable à tous égards.

« Sur une chienne de moyenne taille je coupai en travers le muscle sterno-huméral : il y eut une hémorragie de quinze à seize onces. Ligature oblique de l'artère axillaire pour l'arrêter; — section de la veine jugulaire; — pénétration immédiate et subite de l'air; — bientôt, anxiété;

— respiration précipitée; — collapsus général; — au bout de dix minutes, respiration rare et profonde; — pas d'autre signe de vie; — compression de l'aorte, suivie d'une respiration moins rare; — l'animal pousse un cri plaintif, ouvre les yeux, lève la tête et veut se mettre sur ses pattes; — je cesse la compression; — aussitôt accélération de la respiration qui était redevenue presque naturelle; — l'animal retombe dans le collapsus; — nouvelle compression; — nouveaux phénomènes entièrement semblables aux premiers; — je cesse la compression; — de nouveau, état voisin de la mort; — troisième compression; — même scène : je cesse de nouveau, l'animal retombe; — je comprime encore : la chienne pousse de nouveaux cris, ouvre les yeux, lève la tête, se met sur ses pattes et y reste, bien que l'on ait cessé la compression. C'était une demi-heure après l'ouverture de la veine. Il ne restait plus qu'un air de stupeur et d'étonnement qui ne tarda pas à se dissiper. L'animal mangea deux heures après une livre de viande cuite. La plaie se cicatrisa rapidement. (*Examineur médic., décembre 1842.*)

**MORT APPARENTE, danger des inhumations précipitées.** Grâce aux mesures de police généralement adoptées aujourd'hui dans les grandes villes, l'épouvantable accident dont M. Marinus a exposé de nombreux exemples est aujourd'hui sinon impossible, au moins très-rare. Il n'en était pas de même avant les réformes modernes sur ce sujet, et l'on sait que Thonret, chargé de présider aux exhumations du cimetière des Innocents, vit un assez grand nombre de cadavres et d'ossements dont la position indiquait que des malheureux enterrés trop précipitamment étaient revenus à la vie pour mourir dans la tombe. Cette remarque l'avait tellement frappé qu'il ordonna, par disposition testamentaire, des mesures propres à empêcher qu'un pareil malheur ne lui arrivât. Il n'est que trop vrai que la science présente encore des incertitudes sur les signes de la mort réelle, et que des erreurs funestes peuvent être commises, même par les gens de l'art. En voici un exemple dont le sujet est un médecin anglais, qui a raconté lui-même la fatale erreur dont il faillit être victime. Privé tout à coup, après de

vives impressions morales, de la faculté de se mouvoir et de l'usage de ses sens, toute volition, toute manifestation extérieure lui étant devenue impossible, il n'en avait pas moins conservé le sentiment intime de son être et même la conscience de sa position. L'onté seule ayant conservé quelque chose de son action, il distingua autour de lui les cris de sa femme et de ses enfants, reconnut la voix du médecin appelé pour le secourir, et comprit qu'il était regardé pour mort. Après un temps indéterminable pour lui, il discerna la manœuvre de son ensevelissement et de son transport dans le cercueil; il entendit retentir le bruit des clous qu'on y enfonçait, et ce ne fut qu'après y avoir été en quelque sorte scellé qu'il retrouva la puissance de s'écrier et de s'agiter de manière à faire cesser cette fatale erreur.

Un prisonnier de guerre anglais, reçu à l'hôpital de Rochefort, et ayant été jugé mort, est transporté à la salle des trépassés. Quelques heures après, un élève en chirurgie, nommé Moine, saigne le défunt à la jugulaire, dans le but de se perfectionner dans la phlébotomie. Aussitôt le sang jaillit en abondance, le soldat revient à lui et se jette comme un furieux sur l'opérateur, qu'il serre violemment entre ses bras. Une lutte s'engage entre eux; tous deux tombent à terre. Le soldat, épuisé par le sang qu'il continue à perdre, tombe en syncope; mais à l'aide de prompts secours, il revient à lui et se rétablit ensuite complètement. Voilà deux des faits rapportés dans le travail de M. Marinus, qui en renferme plusieurs autres non moins importants. (*Annales médico-légales belges*, décembre 1842.)

**PHTHISIE PULMONAIRE** (*De l'emploi du proto-iodure de fer dans la*). Nous avons les premiers fait connaître les nouvelles préparations pharmaceutiques de M. Dupasquier sur le proto-iodure de fer, et ses opinions sur l'efficacité de ce médicament contre la phthisie pulmonaire. Nous dûmes, à cette époque, nous borner à cette simple exposition, M. Dupasquier n'ayant alors publié aucun fait à l'appui de ses opinions; nous attendions d'ailleurs le mémoire étendu qu'il avait annoncé sur ce sujet important. Ce travail n'a pas encore paru; de sorte que,

pour se faire une opinion sur l'emploi du proto-iodure de fer dans la phthisie pulmonaire, on ne peut encore recourir qu'à deux ordres de notions : celles qui nous sont fournies par les essais faits dans quelques hôpitaux de Paris, et celles qui résultent du travail de M. Gilbert Boissière, élève de M. Dupasquier. Avant de parler de ce travail, disons quelques mots des expériences faites à Paris.

Le proto-iodure de fer, préparé selon les procédés de M. Dupasquier, exécutés avec le plus grand soin, a été expérimenté dans deux services, principalement dans celui de M. Andral et dans celui de M. Piédagnel. Dans ce dernier surtout, les résultats ont été désastreux; il a fallu abandonner l'emploi d'un médicament qui, non-seulement ne remplissait pas le but qu'on voulait atteindre, mais qui encore accélérât notablement la terminaison fatale et produisait les accidents les plus graves. Telle est sur ce point la vérité, qui est bien connue de ceux qui fréquentent les hôpitaux de Paris.

A Lyon, les résultats seraient tout autres, d'après M. Gilbert Boissière et d'après M. Dupasquier lui-même, qui a ajouté quelques notes au travail de son élève. Ce travail, du reste, ne contient pas une seule observation; c'est un exposé des modifications apportées par l'emploi de l'iodure de fer aux symptômes locaux et généraux de la phthisie pulmonaire. Ce travail résulte de l'observation de vingt-sept cas de phthisie, dont sept malades, dit l'auteur, sont morts avant la fin de la troisième période, et dont, sur le reste des malades vivants, il n'en est qu'un qui soit sorti complètement guéri.

Malgré toute la confiance qui est due et que nous accordons aux lumières et à la bonne foi de M. Dupasquier, il ne nous est pas possible de faire le sentiment de doute que nous a laissé la lecture du travail de son élève. En voici cependant les faits principaux que nous n'avons voulu exposer qu'après avoir fait nos réserves.

Pendant les premiers jours de l'administration du proto-iodure de fer, il y a généralement augmentation simultanée de la dyspnée et de la fréquence de la respiration; au bout de huit ou quinze jours de l'usage du médicament, ces deux

symptômes décroissent simultanément et finissent par disparaître. — Quelquefois de petites hémoptisies se déclarent dans les premiers jours de l'administration du remède; mais elles cessent bientôt, et les malades qui y étaient sujets n'en voient plus reparaitre. — La toux et l'expectoration, d'abord surexcitées, se calment peu à peu, de sorte qu'au bout de trois semaines ou un mois les malades ne toussent et ne crachent presque plus. Les crachats d'ailleurs changent de nature, et de purulents qu'ils étaient, prennent un caractère muqueux et catarrhal. — M. Boissière a toujours vu les douleurs d'épaules, du thorax, qui paraissent être sympathiques de la lésion organique, disparaître assez rapidement au bout de trois semaines ou d'un mois.

Quant aux symptômes locaux anatomiques, sur six cas de tubercules crus, on n'a jamais constaté la disparition complète de ces symptômes; une fois il n'y a eu aucun changement; deux fois il a constaté la cessation complète du bruit d'expiration et du souffle bronchique, et le retour de la respiration à son état normal. Dans les autres cas, il y a eu amélioration. — Pour les signes physiques de la présence des cavernes, sur huit phthisiques porteurs de cavernes et qui vivent encore, il en est deux chez lesquels la pectoriloquie et le gargouillement ont cessé d'une manière absolue. Dans ces deux cas, les signes physiques des cavernes n'existaient que dans un espace qui ne dépassait pas en étendue l'aire du stéthoscope. Dans les six autres cas, tous les signes des cavernes ont persisté, malgré un amendement notable dans tous les autres symptômes.

Pour les symptômes généraux, sur les six cas de tubercules crus, trois seulement présentent des sueurs nocturnes et des paroxysmes fébriles. Chez deux, les sueurs ont persisté jusqu'au troisième mois de l'administration du proto-iodure, en diminuant graduellement d'abondance et de durée; chez l'autre, les sueurs ont cessé complètement au bout de quinze jours. Sur les huit cas de cavernes, il en est six chez lesquels les sueurs ont persisté sans aucun amendement. Chez les deux autres, les sueurs avaient cessé au bout de quarante jours. L'influence du médicament a paru plus marquée sur les phénomènes de la digestion et de la nutrition. Sur les sept huitièmes

des malades, dans un laps de temps compris entre huit et cinquante jours, l'appétit est revenu, les digestions se sont rétablies, la bouche a cessé d'être pâteuse, les dégoûts, les nausées, provoqués par les aliments, ont disparu. La fièvre digestive, l'amaigrissement, ont disparu; enfin il y a eu un retour entier de toutes les fonctions à l'état qui caractérise une santé parfaite.

Quant aux formes ou espèces de la phthisie, on a remarqué que le proto-iodure de fer n'avait d'action que sur la phthisie constitutionnelle, et que la phthisie accidentelle, celle surtout qui est consécutive à une pleurésie aiguë ou chronique de la muqueuse ou du parenchyme pulmonaire, n'en était nullement modifiée.

Le mode d'administration du proto-iodure de fer comporte des règles relatives au médicament lui-même et au malade. Quant aux premières, nous les avons exposées (tome XXI, page 55). Pour ce qui concerne le malade, le médicament, étant liquide, se mesure par gouttes. Il est facile de faire la conversion des gouttes en grammes, quinze gouttes pesant 1 gramme. On commence ordinairement par quinze gouttes, et dès que la tolérance est établie, on augmente la dose tous les deux ou trois jours de cinq à dix gouttes, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à cent vingt gouttes, qui font 8 grammes, dose que l'on ne dépasse pas, mais que l'on continue ou bien qu'on suspend pendant quelques jours pour recommencer ensuite à doses progressives.

Il ne nous reste plus qu'à faire connaître les moyens pharmaceutiques ou hygiéniques associés par M. Dupasquier à l'emploi du proto-iodure de fer. Tous les praticiens qui ont fait une étude approfondie de la phthisie pulmonaire penseront comme nous que le secret de tous ces succès, si succès il y a, peut trouver dans les moyens adjuvants une explication plus légitime que dans l'emploi du proto-iodure de fer, dont les essais ont été si malheureux à Paris. En effet, M. Dupasquier ne se fait faute, pour ses phthisiques, ni du vin de Bordeaux, ni de quinquina et autres toniques, ni surtout d'un régime exclusivement animal et abondant, ni de vêtements chauds et d'exercice modéré, d'aucune enfin des conditions que les médecins de

notre époque recommandent pour enrayer dans sa marche la tuberculisation pulmonaire. Qu'on remarque aussi que la plupart des malades traités dans les hôpitaux appartiennent à la classe la plus pauvre de la société, ayant éprouvé les plus grandes et les plus pénibles privations : placés subitement dans des conditions meilleures, bien nourris, bien chauffés, tonifiés par le régime et par la pharmacie, quoi d'étonnant qu'ils éprouvent un temps d'arrêt, une modification appréciable dans les phénomènes morbides de la phthisie ? Nous soumettons cette simple réflexion aux praticiens, en leur recommandant, dans le cas où ils se laisseraient séduire par les faits et opinions de M. Dupasquier, la plus grande prudence dans l'emploi du proto-iodure de fer, dont l'action physiologique, d'après les faits mêmes dont nous parlons, est énergique et réclame une sérieuse attention. (*Gazette médicale de Paris*, décembre, 1842.)

**PTYALISME** (*Sur le*), considéré comme moyen curatif. Tout ce qui concerne l'étude et l'observation des crises dans les maladies est aujourd'hui un sujet presque neuf, tant il a été négligé par les médecins modernes. Il n'en est pas un peut-être, après notre honorable confrère M. le docteur Muynck, de Gand, qui eût pu prendre pour sujet d'une communication scientifique le ptyalisme considéré comme moyen curatif. Il faut avouer d'ailleurs que ce phénomène, spontanément développé, et ayant une influence favorable sur la solution des maladies, est fort rarement observé. Quelques auteurs, dont M. le docteur de Muynck a donné l'indication, en citent plusieurs exemples, et lui-même en relate quelques-uns qui lui sont propres. Nous les exposerons succinctement, en laissant de côté les théories et les explications générales, qui paraissent prématurées en présence d'un aussi petit nombre de faits.

Un jeune homme, après un séjour de quatre mois dans un pays marécageux, contracte une fièvre quarte qui fut rebelle à tous les traitements : quinquina sous toutes les formes, liqueur arsenicale de Fowler, etc. La fièvre durait depuis plus de trois mois et les forces du malade étaient perdues. Renonçant à toute médication perturbatrice, l'auteur se bor-

na à conseiller le repos et un régime analeptique. Au bout de quinze jours, il vit avec étonnement apparaître une salivation spontanée, mais lente, qui continua pendant quelque temps ; il vit encore avec non moins d'étonnement que, sous l'influence de cette excrétion salivaire, la fièvre cessa pour ne plus reparaitre.

Dans un cas analogue de fièvre quarte rebelle, M. de Muynck chercha à provoquer une salivation artificielle, y réussit, et guérit son malade. Il employa pour cela la méthode de Clare, qui consiste à prendre au bout du doigt humecté de salive, un demi-grain ou un grain de calomel, à le frotter sur les parties intérieures des Jones autour de la place qu'occupe l'ouverture du conduit salivaire de la glande parotide, et à répéter cette opération trois ou quatre fois dans la journée. La salivation se déclare ordinairement au bout de trois, quatre, ou cinq jours.

La salivation artificielle lui a produit de bons résultats dans deux cas de spasme vésical opiniâtre, dans le diabète insipide, dans l'asthme (il ne dit pas de quelle espèce), dans un cas de paralysie de la langue et du pharynx, dans les langueurs d'estomac.

Comme tout inventeur ou restaurateur d'une idée nouvelle ou retrouvée, M. de Muynck pousse un peu loin le culte pour le ptyalisme. Ainsi peu de praticiens, sans doute, adopteront les propositions suivantes consignées dans son travail sur la salivation dans les affections vénériennes : la salivation artificielle a sur la destruction du virus syphilitique une influence extraordinaire ; — une déclaration de santé ne peut être délivrée à un individu convalescent d'une maladie vénérienne, s'il n'a été atteint de ptyalisme ; — une abondante évacuation salivaire est le seul indice certain, pour ne pas dire infailible, de la guérison de cette cruelle maladie. — On voit combien ces opinions sont opposées aux idées des syphilographes de nos jours, à celles de M. Ricord en particulier, qui regarde la salivation comme une des plus fâcheuses complications des affections syphilitiques et comme un des plus grands inconvénients attachés à l'emploi des mercuriaux. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, octobre 1842.)

**RHUMATISME.** (*De l'emploi du*

*sulfate de quinine dans le traitement du).* Maintenant que la grande émotion est passée, nous allons bientôt pouvoir examiner froidement les faits, afin de voir en définitive quelle est la valeur dans le rhumatisme de la médication par le sulfate de quinine, méthode, du reste, disputée par l'école italienne comme étant sienne. Pour que nos lecteurs puissent avec connaissance de cause établir leur jugement sur ce point de pratique, nous leur fournirons tous les renseignements, toutes les lumières qui dépendent de nous.

Deux seuls travaux ont été publiés dans le mois de décembre sur le sujet qui nous occupe. Dans l'un, M. Salmon rend compte des malades traités à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Blache. Dans le second, c'est M. Devergie qui vient lui-même donner les résultats qu'il a obtenus chez les rhumatisants qu'il a traités à l'hôpital Saint-Louis. Examinons ces mémoires et présentons-en substantiellement l'esprit.

C'est bien le sulfate de quinine qui constitue la médication de ces deux médecins; mais leur mode d'administration n'est plus celui de M. Briquet; ce sont pour ainsi dire deux méthodes nouvelles qu'il faut juger. En quoi diffèrent-elles de celle qui a été décrite? le voici. M. Blache maintient le médicament à forte dose, mais il ne le pousse jamais à 5 et 6 grammes en douze heures; il s'arrête à 3 et 4 grammes, et croit même qu'on peut le diminuer; il ne donne pas le sel de quinquina dissous dans une potion, mais bien en pilules. Dès que les douleurs ont disparu, il suspend brusquement le remède, et ne le continue pas à plus faible dose, comme son collègue de Cochin. De plus, chez quelques malades, il a associé les antiphlogistiques au traitement spécial: dans quelques cas, il a fait pratiquer des saignées et appliquer des sangsues.

Que nous apprend la lecture attentive des douze observations publiées par M. Salmon? Qu'il n'y a eu de résultat complet chez aucun malade; que la médication n'a pas eu d'effet avantageux sur deux ou trois d'entre eux. Dans toutes ces observations, nous voyons notées une ou plusieurs récidives de l'affection rhumatismale, laquelle a présenté les phases que nous allons faire comprendre par l'exemple suivant. Un

malade entre avec un gonflement articulaire douloureux d'une ou plusieurs articulations, il a de la fièvre; on donne le sulfate de quinine. Le lendemain il y a une diminution notable des douleurs, le pouls a baissé de 12 à 15 pulsations; on continue le remède. Le surlendemain les douleurs ont disparu; on cesse le sulfate de quinine. Un jour, deux jours, trois jours après, les mêmes articulations ou d'autres se prennent; on redonne le sulfate de quinine, qui amoindrit et fait disparaître les douleurs comme la première fois; on cesse encore aussitôt le remède, et on le reprend de nouveau si le rhumatisme se reproduit. — Ces oscillations dans le traitement, ces hésitations, ne sont pas logiques et peuvent peut-être expliquer les récidives fréquentes observées chez les malades de M. Blache. Si dans une fièvre intermittente on cessait brusquement le médicament antipériodique le jour même où le premier accès a manqué, il n'est pas douteux que la fièvre ne se reproduisît. La cause n'a pas disparu lorsque le symptôme cesse. Du reste, il n'est noté aucun accident grave qu'on puisse rapporter au sulfate de quinine dans les observations de M. Salmon; il n'y est question que des effets physiologiques ordinaires; le trouble de l'ouïe, quelquefois de la vue, et quelques vomissements. Somme toute, ces faits indiquent bien l'action du sulfate de quinine sur les douleurs rhumatismales, mais sont loin d'être concluants: ce sont des éléments d'étude, et voilà tout.

Passons au travail de M. Devergie. Cet honorable confrère a suivi une marche différente de celle tracée par M. Briquet; il a procédé des petites doses aux doses plus élevées. Il a voulu proportionner la quantité du médicament à l'intensité de l'affusion rhumatismale qu'il avait à combattre. Il a débuté, chez les neuf malades dont il a rapporté l'histoire, par 1 gramme et même par 50 centigrammes, et, au seul cas excepté, il n'a porté sa dose qu'à 2 grammes ou 3 grammes; il a néanmoins guéri ses malades dans un temps presque aussi court que ses confrères. Les sujets traités par lui n'ont éprouvé qu'à un faible degré les effets du sulfate de quinine; néanmoins, malgré les doses moindres, les bourdonnements d'oreille, la surdité et la céphalalgie se sont montrés,



Ces phénomènes, attribués par M. Devergie à une congestion vers le cerveau, qui pourrait également se produire ailleurs, lui font faire la question s'il n'y aurait pas avantage à faire précéder l'administration du remède d'une saignée générale. — Le sulfate de quinine paraît à M. Devergie être un médicament aussi efficace pour combattre le rhumatisme chronique que le rhumatisme aigu; seulement, dans le premier cas, il faut le prescrire à une dose moins élevée. Il a traité trois malades affectés de rhumatisme aigu de moyenne intensité, et six atteints de rhumatisme chronique. Tous ces malades ont été guéris en un temps fort court, en égard à l'intensité de l'affection, à la date de son invasion et à sa persistance ordinaire. Les rhumatismes aigus ont eu pour sujets trois jeunes gens de 16 ans, 17 ans et 19 ans. Le premier a été guéri du 15 au 24 novembre; la plus forte dose de quinine a été 1 gramme, et il avait un rhumatisme du poignet, des épaules et de la hanche. Le second a obtenu sa guérison en cinq jours, du 4 au 10 décembre. On a débuté par 1 gramme pour arriver à 2 grammes 50 centigrammes. Le rhumatisme se voyait sur les quatre articulations des genoux et des pieds. Le troisième enfin présentait des douleurs vives sans gonflements appréciables des deux membres inférieurs, avec fièvre. La maladie a été plus longue, elle a duré quinze jours, et le sulfate de quinine, commencé à 1 gramme, a dû être porté successivement à 3 et 4 grammes. C'est le seul où cette dose ait été atteinte. — Le sulfate de quinine a été donné par M. Devergie sous deux formes : 1° en suspension dans un julep administré par quart dans les vingt-quatre heures, et non en dissolution à l'aide d'un excès d'acide sulfurique ; 2° en pilules, chaque dose fractionnée en quatre parties. Dans les deux modes la guérison a eu lieu. Il va sans dire que lorsque les douleurs étaient enlevées par les doses croissantes du médicament, celui-ci n'était pas brusquement cessé; il était continué alors pendant quelques jours, mais à doses décroissantes. Une chose à noter, c'est une éruption cutanée qui s'est montrée pendant l'action du médicament chez deux sujets : l'un a eu un érythème qui s'est dissipé promptement, et l'autre un urticaire qui a résisté assez longtemps. M. Devergie

attache une grande importance à la découverte de M. Briquet; mais il faut étudier les conditions d'administration du remède conseillé, ne pas en faire un mode de prescription trop général, en modifier l'usage selon les circonstances. Ce qu'il faut avant tout, c'est de savoir si le sulfate de quinine guérit le rhumatisme de préférence à tout autre médicament. Dans le cas de l'affirmative, le temps et l'expérience feront peu à peu connaître le meilleur mode à suivre dans son administration. (*Gaz. des hôp.*, décembre 1842; *Gaz. médicale de Paris*, décembre 1843.)

**RHUMATISME articulaire aigu**  
(*Sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement du*). Malgré des travaux nombreux sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, la généralité des praticiens n'a pas adopté cette médication qui, de prime abord, il est vrai, paraît un peu téméraire. Disons d'ailleurs que, placés comme nous le sommes aujourd'hui au milieu d'un aussi grand nombre de traitements contre cette affection, si complètement opposés et si contradictoires, il nous est bien légitime de ne pas nous éprendre tout d'abord d'enthousiasme au récit de tant de succès que le lendemain transforme en revers, et pour des méthodes thérapeutiques dont l'efficacité varie selon les hôpitaux, souvent selon les salles d'un même hôpital. Les faits nouveaux présentés par M. Aubrun en faveur de l'iodure de potassium sont-ils de nature à entraîner l'assentiment des praticiens? Nous n'osons pas le croire; leur exposé succinct justifiera notre appréhension. M. Aubrun cite quatre observations : dans la première il s'agit d'une affection rhumatismale qui ne diminue nullement sous l'influence de quatre larges et copieuses saignées, et qui, au cinquième jour, après l'administration de deux verres d'eau de Sedlitz, se localise sur les intestins et cause au malade des douleurs atroces. Des doses énormes d'opium, une nouvelle saignée, restent sans résultat bien marqué, et ce n'est qu'au huitième jour qu'une potion opiacée, avec addition d'un gramme d'iodure de potassium, amène une amélioration presque immédiate, et dont l'usage continué est suivi d'une guérison progressive et parfaite, vingt-trois jours après le début des accidents. Dans la seconde observation,

le malade n'a été guéri qu'après 26 jours de traitement, deux larges et copieuses saignées, des cataplasmes émollients, des fomentations narcotiques sur les articulations douloureuses. La troisième maladie a duré près d'un mois et a été aussi combattue au début par un traitement antiphlogistique énergique. Enfin, dans la quatrième observation, l'iodure a été à peu près employé seul, mais c'est le cas le moins grave, et la guérison a eu lieu à peu près vers le vingtième jour.

De bonne foi, d'après ces faits, il ne nous paraît guère possible d'adopter les conclusions de M. Aubrun, dont la première est ainsi conçue: « L'iodure de potassium est d'une grande efficacité dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. » (*Gaz. méd. de Paris, décembre 1842.*)

**SUTURE INTESTINALE** (*Sur deux observations de*). Le procédé de suture intestinale proposé par M. Jobert en 1823 est une heureuse acquisition de la chirurgie moderne, et malgré le reproche qu'on lui a fait de produire le rétrécissement de l'intestin, les expériences tentées sur les animaux et les faits accomplis chez l'homme en ont prouvé la supériorité sur toutes les autres méthodes. Aussi l'adossement des séreuses comme principe des sutures intestinales a-t-il servi de base à toutes les modifications qu'on a fait subir au manuel opératoire. — Voici deux nouveaux cas qui permettront à nos lecteurs d'étudier les résultats primitifs de cette suture pratiquée par M. Jobert lui-même à l'hôpital Saint-Louis. C'est à la relation que M. le docteur Laborie en a donnée dans les *Annales de chirurgie* que nous empruntons les détails suivants.

*Obs. I.* Le nommé Flandre reçut à la suite d'une querelle, le 4 septembre 1842, un coup de couteau qui porta dans la région du flanc gauche. Immédiatement douleur vive, faiblesse, perte de connaissance sans écoulement de sang par la plaie. L'issue par celle-ci de deux anses intestinales que les efforts de vomissement avaient déterminée permit de bien constater l'état de l'intestin. La première portion de l'intestin qui s'était trouvée sur le passage de la lame du couteau avait été ouverte longitudinalement dans l'étendue de trois centimètres. L'ex-

trémité moins large de l'instrument avait encore entamé deux autres anses intestinales sans les pénétrer; dans l'une la membrane séreuse et musculuse avait été coupée dans l'étendue de deux centimètres, l'autre n'était que superficiellement lésée dans l'étendue d'un centimètre. Ayant amené au dehors l'anse intestinale lésée, que l'élève interne avait réduite la veille au soir, après avoir pris soin de passer dans le mésentère un fil dont les chefs la maintenaient en contact avec les bords de la plaie abdominale, M. Jobert, prenant une aiguille à coudre garnie d'un fil ciré, la plongea de dedans en dehors à un centimètre environ de l'une des lèvres de la plaie, puis il fit sortir cette aiguille à un demi-centimètre de cette même lèvre; continuant ensuite avec la même aiguille, il pénétra de nouveau l'intestin de dehors en dedans à un demi-centimètre de distance de l'autre lèvre, et fit ensuite ressortir l'aiguille à un centimètre de cette même lèvre. Trois fils furent ainsi placés successivement. En tirant sur chacun d'eux alternativement, on produisit avec facilité le renversement des lèvres de la plaie et l'adossement de la séreuse. M. Jobert, suivant son habitude, ne fit pas de nœuds; il se contenta de tordre séparément chacun des fils et de les maintenir engagés dans la plaie abdominale qui fut réunie par deux points de suture. — Le lendemain les accidents n'avaient pas cessé, le malade vomissait des matières noirâtres. Il succomba dans la soirée.

L'autopsie démontra 1° une péritonite commençante; 2° un vaste épanchement de sang dans la cavité du bassin. C'est vers le milieu de l'intestin grêle que se trouve la plaie pénétrante et la suture: on put constater que partout, excepté à un des angles de la plaie où se trouve un pertuis presque capillaire, la réunion est parfaite. En dedans de l'intestin, les lèvres de la plaie forment une espèce de petite valvule longitudinale et parallèle à l'anse de l'intestin.

Par une singulière coïncidence, le lendemain de la mort de ce premier malade, M. Jobert eut de nouveau occasion de pratiquer la suture intestinale par invagination sur un homme de soixante-dix ans couché dans le lit voisin de celui où s'était faite la première opération. — Cet

homme, en traitement pour une fracture de cuisse et d'une indocilité extrême, se suicida dans la journée du 5 décembre. A l'aide d'un mauvais couteau à lame large, il se fit à la paroi antérieure de l'abdomen une ouverture de six centimètres d'étendue par laquelle, après avoir attiré les intestins, il sépara, en bouchant, une anse intestinale qu'il jeta près de son lit le lendemain matin seulement. — Quelque pitoyable que fût l'état de cet homme, M. Jobert, à son arrivée à l'hôpital, voulut tenter un dernier effort pour le sauver. Outre une plaie avec perte de trente centimètres environ d'intestin, il existait à dix centimètres de cette première solution de continuité une seconde plaie transversale complète. Pour obtenir la réunion de cette plaie transversale intéressant toute la circonférence du tube digestif, M. Jobert pratiqua la suture par invagination; le bout supérieur fut invaginé dans le bout inférieur, dont les bords avaient été préalablement renversés en dedans. Cinq points de suture appliqués par le procédé bien connu de l'auteur maintinrent les séreuses en rapport. Pour l'autre plaie avec perte de substance, le chirurgien fixa les deux bouts d'intestin contre la plaie de l'abdomen à l'aide de fils cirés, de telle sorte qu'un anus contre nature pût y être ultérieurement établi. Le malade mourut dans la soirée, treize heures après l'opération. — Comme chez le premier malade, les lésions occupaient le milieu de l'intestin grêle. L'examen de la portion d'intestin invaginée montra la plaie fermée partout exactement. L'inflammation adhésive est déjà si complète, que même après la section des fils qui forment la suture, les deux surfaces séreuses restent accolées l'une à l'autre. L'ouverture de l'intestin faite longitudinalement laisse voir au point où a été faite l'invagination une valvule circulaire dont le volume et la saillie ne peuvent aucunement gêner le cours des matières intestinales. — En résumé, et c'est là le point pratique culminant de ces deux intéressantes observations, la suture longitudinale et celle par invagination, d'après les procédés de M. Jobert, ont donné des résultats ou ne peut plus favorables sous le rapport de l'occlusion parfaite des bords de la solution de continuité de l'intestin; de plus, la réunion est on

ne peut plus immédiate, puisque, dans l'un des cas il a suffi de trente-six heures, et de treize seulement dans l'autre pour que des adhérences solides se soient développées entre les surfaces séreuses adossées. — Des faits de cette nature nous paraissent on ne peut plus concluants et tout à fait propres à fixer les esprits sur ce point intéressant de thérapeutique chirurgicale. (*Annales de la chirurgie, décembre 1842.*)

**TUMEUR FONGUEUSE hématoïde du genou traitée et guérie par le cautère actuel.** Sous cette dénomination, vicieuse dans l'espèce, et que nous ne conservons ici que sous la responsabilité de l'auteur, se trouve décrite, dans le journal de Lyon, une tumeur prérétulienne qui, par son siège et le mode d'altération qu'elle produisit dans la bourse muqueuse et les téguments qui recouvrent la rotule, mérité de fixer l'attention non moins que par le résultat du traitement qui a été mis en usage.

Le docteur Dulin fut appelé le 15 octobre 1841 pour arrêter une hémorrhagie du genou survenue chez une domestique de madame D... La malade était affaiblie par l'écoulement de sang qui datait déjà de quelques heures. Agaric, poudre de colophane, compression, tels furent les hémostatiques mis avec succès en usage. Cette domestique, âgée de soixante-sept ans, s'aperçut, lors de la cessation des règles, d'un gonflement à son genou droit. Les cataplasmes, l'eau blanche, les pomades diverses n'arrêtèrent pas la marche de la maladie, qui donnait lieu à des douleurs pongitives; la tumeur alors était violacée, noirâtre. Les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale étaient douloureux, gênés, et la station impossible. Les choses en étaient là, lorsqu'en 1839, la malade était à genoux, la tumeur s'ouvrit et donna lieu à un écoulement de matières noires et putrides; bientôt deux autres ouvertures se formèrent sur les parties latérales du genou et devinrent la source de nouveaux écoulements purulents. Parfois des suintements sanguins plutôt que de véritables hémorrhagies, dit l'auteur, alternèrent avec la sortie de ces matières liquides. On conseilla l'amputation, tant l'aspect du genou était devenu hideux. Les symptômes actuels peuvent ainsi se résumer : forte tuméfaction du ge-

nou droit; peau tendue, luisante et violacée, surtout à la partie moyenne; trois ouvertures existant au milieu et sur les côtés de la région antérieure; le pourtour de ces ulcères, qui ont trois centimètres de circonférence et autant de profondeur, est inégal, les parois molles et saignantes; le fond noirâtre est d'aspect fongueux; l'une de ces ouvertures donne issue à un jet de sang venant par saccades et s'élevant à quelques centimètres de hauteur. L'introduction de la sonde ne conduit pas sur les os. La pression ne détermine pas de douleurs: celles-ci sont intermittentes et surtout nocturnes; elles sont lancinantes. On perçoit la sensation d'un corps dur, bosselé dans quelques points, mou dans d'autres; les mouvements de la jambe sont douloureux et gênés, et non entièrement abolis. — En

présence de cette tumeur, que le docteur Dalin regarda comme étant un fungus hématode provenant de la bourse muqueuse prérotulienne, il se décida à recourir à la cautérisation avec le fer rouge. Trois cautères furent successivement éteints dans chacune des ouvertures, et à la chute des escharres les bourgeons charnus, d'un rouge vif, s'élevaient du fond des ulcères; les téguments du genou reprirent insensiblement une teinte moins foncée, plus naturelle, le genou diminua rapidement de volume, les douleurs perdirent de leur fréquence, le membre reprit sa forme et ses mouvements normaux, et un mois et demi après l'opération, la malade avait repris ses habitudes et le libre exercice de ses fonctions. (*Journ. de méd. de Lyon*, décembre 1842.)

## VARIÉTÉS.

*Nomination des internes pour 1843.* — Nous avons donné le nom des lauréats au concours des prix des anciens internes; voici aujourd'hui le nom des nouveaux internes appelés, par le concours, à prendre rang dans les hôpitaux à partir de 1843. MM. Rontier, Cossy, Fayet, Ferra, Sée, Mayor, Bidault, Cahen, Chauffard, Sterard, Levavasseur, Richard, Dufrène, Montard-Martin, Lepetit, Depertenne, Tonnet, Desruelles, Bernutz, Peste, Thibault (Antoine), Cordier, Hersent, Valude, Lafaurie, Bigot, Tily, Trifet, Jousset, Lugout, Bornet, Matiee, Champaux.

*Internes provisoires :* MM. Claude, dit Marcel, Bartholi, Rotureau-Launay, Inglar, Gabalda, Marquis, Robin, Henrot, Delplanque, Dumoulin, Gillet, Paget, Lejenne, Degrane, Dupont, Lépine, Campbell, Guerin, Binet, Roaldès, d'Heurle, Marais, Saint-Clivier.

— A la suite d'un concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris, M. Gosselin vient d'être nommé professeur de cette Faculté.

— Par ordonnance du 15 janvier, une école préparatoire de médecine et de pharmacie est créée à Orléans.

— Après un brillant concours, M. Chrestien a été nommé agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA MASCHALIATRIE<sup>1</sup> OU MÉTHODE AYILLAIRE  
(MÉDICATION PAR L'AISELLE).

Par C. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

Les innovations, en thérapeutique appliquée, peuvent porter sur divers points d'inégale importance, et que l'on pourrait réduire aux suivants :

1° *Découverte d'un remède nouveau.* Cette innovation est la plus réelle et la plus utile à la fois, en tant qu'il ne s'agit pas de ces remèdes illusoires, ridicules même, trop souvent, qui ne font qu'encombrer la science et leurrer les crédules praticiens. Je pourrais en citer quelques-uns de fraîche date ; mais je m'en abstiens par égard pour les contemporains. Quant aux anciens, nous nous bornons à rappeler la poudre de crâne humain, de pied d'élan, de corne de cerf, d'yeux d'écrevisses, de cloportes, de crapaud, de lézard ; l'huile de scorpion, de lombrics ; le nid d'hirondelles, le fiel de bœuf, etc., etc., et autres turpitudes que quelques modernes ont encore la simplicité de prendre au sérieux. Quant aux remèdes nouveaux et réellement utiles, il est malheureux que l'amour-propre d'auteur, ou d'autres motifs moins innocents, poussent toujours les inventeurs à les ériger en spécifiques ou en remèdes universels. On se rappelle, par exemple, l'engouement qui accompagna, dans ces dernières années, l'apparition des chlorures alcalins, qui devaient libérer le genre humain de tous les fléaux épidémiques et endémiques, y compris la phthisie ; de la créosote, dont on prétendit faire la panacée du cancer, de la phthisie et autres maladies incurables, sans compter le mal de dents ; du monésia, qui guérissait une foule de maladies très-variées, sans jamais nuire à aucune, etc., etc. Il en est résulté que les chlorures sont demeurés comme de bons désinfectants, aussi bien que l'eau fraîche ; que la créosote est restée comme simple caustique, et le monésia comme simple astringent. C'est encore beaucoup, cependant, que de doter l'art d'un bon succédané, et nous devons de la reconnaissance à ceux qui nous en gratifient. Telle est la gloire dont devraient se contenter la plupart des inventeurs de remèdes réels.

(1) Ou plus exactement *maschaliatricque*, de *μασχάλη* (aisselle), et *ιατρικὴ* (médécine) : médication par l'aisselle. Prononcez *mascaliatric*.

2° *Composition du remède.* Ce genre d'invention comporte deux modes différents et même opposés, la simplification et la complication. La simplification l'emporte sous beaucoup de rapports, car c'est toujours un grand avantage pour la science et pour la pratique que d'arriver à séparer l'élément actif d'un composé quelconque. Parfois même l'innovation, dans ce cas, équivaut à la découverte d'un remède et passe à bon droit pour telle. Les chimistes qui nous ont dotés des alcaloïdes végétaux, notamment de la quinine, de la morphine, de la strychnine, etc., ont des droits éternels à notre gratitude. Les mérites de la complication sont beaucoup plus problématiques. Trop souvent en effet ces innovations sont litigieuses, illusoire, erronées, et constituent de véritables déceptions. C'est ainsi qu'on en a beaucoup rabattu des espérances que donnèrent les pilules de Méglin (oxyde de zinc, valériane, jusquiame et fumeterre) dans les névralgies; la poudre de Dower (opium et ipéca) comme sudorifique; les pilules anglaises (calomel et opium) contre la dysenterie, etc. Les inventions de ce genre sont toujours plus ou moins suspectes de théorie préconçue. Dans certains cas, néanmoins, la complication a des avantages patents : ainsi, lorsqu'on ajoute l'acide sulfurique au sulfate de quinine pour le rendre plus soluble, l'opium au fer pour qu'il soit toléré par l'intestin ; mais ce ne sont pas là des innovations, à vrai dire, ce sont de simples applications de la science courante et vulgaire.

3° *Mode de préparation.* Ce genre d'innovation est le but perpétuel de l'ambition et des recherches des chimistes, des pharmaciens et des praticiens ; il est le marchepied d'une foule d'illustrations à bon marché qui se guident sur la pointe d'une aiguille. Néanmoins il est des innovations pharmaceutiques d'une incontestable utilité : ce sont celles qui, manifestement, favorisent l'action ou l'administration des remèdes. Les pilules ferrugineuses de Bland, et surtout de Vallet, sont admises comme telles. L'invention des capsules gélatineuses est un véritable bienfait pour les malheureux condamnés à prendre le copahu ou autres drogues repoussantes.

4° *Multiplicité des indications.* Cette tendance est une de celles qui offrent la pente la plus facile, celle qui est la plus sujette aux illusions. Un remède quelconque se montre efficace dans un cas, il est tout naturel de l'appliquer à des cas analogues, et, de proche en proche, aux cas les plus disparates. C'est ce qui eut lieu pour la saignée, du temps même de Celse : « Ce n'est pas de saigner qui est chose nouvelle, dit-il, mais c'est de saigner dans presque toutes les maladies. » (*De re medica*, lib. II, cap. II.) Ce qui prouve, pour le dire en passant, que Broussais n'a pas eu le tort de l'invention. Or, ce qu'on a fait pour la saignée,

d'autres ont prétendu le faire pour les purgatifs, les vomitifs, les toniques, les antispasmodiques, etc. C'est la conséquence naturelle et le côté faible des systèmes univoques. Mais, à part les chefs de secte, nous avons vu que les inventeurs de remèdes inclinaient vers la même illusion. Il en est de même des simples prôneurs. Ne voyons-nous pas aujourd'hui le sulfate de quinine aspirer à l'autocratie dans le traitement des maladies les plus graves? Les magnétiseurs et les hydropathes ne procèdent pas autrement. Ces honnêtes industriels font semblant d'avoir trouvé la panacée universelle. Quant aux investigateurs de bonne foi, ils trouvent l'excuse de leurs erreurs dans l'essence même de l'esprit humain, car, ainsi que l'a dit Voltaire : « Il est peut-être plus commun encore de se tromper soi-même que de chercher à tromper les autres. »

5° *Modification des doses.* Il semblerait, au premier coup d'œil, que ceci ne mériterait pas le nom d'innovation, car il ne s'agit ici que de nuances du plus au moins. Cependant la réduction des doses à l'infini a suffi pour caractériser une doctrine dont il ne peut être question dans un travail sérieux. En outre, la révélation du singulier phénomène appelé *tolérance* constitue un fait nouveau, insolite, étrange, qui établit des différences réelles entre les mêmes remèdes administrés à *petite* et à *haute* dose. Néanmoins cette distinction, jusqu'aujourd'hui, n'est guère authentiquement constatée que pour quelques antinomiaux. Cependant on a fait et on fait encore des tentatives pour la rendre applicable à d'autres médicaments. Puissent les désastres patents et latents qui sont résultats de quelques-unes de ces tentatives modérer un peu cet élan téméraire.

6° *Temps de l'administration.* Cette circonstance est loin d'être indifférente, bien que personne encore n'ait songé à s'en faire un droit au titre d'inventeur. Aussi n'en parlons-nous ici que pour mémoire, en rappelant que celui qui le premier posa le précepte de donner le quinquina à l'époque la plus éloignée de l'accès suivant, dans la fièvre intermittente, rendit un service plus réel que tant de gens qui ont donné leur nom à des inventions incomparablement plus futiles. J'ajouterai qu'à cet égard, Sydenham a précédé Torti.

7° *Mode d'application.* Ce genre d'investigations novatrices est de tous le plus modeste ; il est aussi le plus ingrat, car il n'est pas un point abordable de la substance corporelle que les investigateurs n'aient exploré : surface cutanée saine (méthode iatroleptique), ou dépouillée de son épiderme (méthode endermique), orifices muqueux, voies digestives hautes et basses, appareil respiratoire, transfusion veineuse, insertion intra-cellulaire, etc. Il ne reste plus que chaume à glaner sur ce sol épuisé.

Or, ce que nous avons à produire n'est que ce brin de chaume, lequel même ne nous appartient pas, à vrai dire, puisqu'il relève du domaine de la méthode iatraleptique. Les médecins, éclairés par les indications de l'anatomie physiologique, ont remarqué depuis longtemps que certaines régions de la surface cutanée sont plus propres à l'absorption que les autres; telles sont la partie interne des membres, les aines, les aisselles, etc. Or, ce sont les aisselles dont nous allons spécialement nous occuper. Lorsqu'on applique un remède à la peau, on peut se proposer deux buts différents : 1° exercer une action *topique*, émolliente, tonique, stimulante, vésicante, etc.; 2° faire pénétrer par la voie de l'*absorption* certains agents médicamenteux dans l'économie. C'est à ce dernier point de vue que nous allons nous placer exclusivement. Lorsqu'on destine à l'absorption un médicament iatraleptique, on l'applique sur une surface aussi étendue que possible, à moins que 1° l'on ne veuille obtenir un effet lent et gradué, comme dans les frictions mercurielles pour la syphilis, ou que 2° l'on n'ait l'intention d'épargner au malade certains désagréments, comme dans les frictions antipsoriques. Dans le cas de frictions étendues, l'opération entraîne nécessairement des embarras, des dégoûts, quelquefois des dangers tels, que malade et médecin répugnent à la médication et se voient même forcés d'y renoncer. Dans le cas de frictions circonscrites, la médication est moins embarrassante; mais elle peut être incomplète, insuffisante. Dans les deux cas, l'opération ne peut être que momentanée; souvent elle est mal exécutée, et peut ainsi manquer son but.

La *maschaliatrie*, ou méthode axillaire, a tous les avantages des précédentes, sans avoir aucun de leurs inconvénients. Elle consiste à déposer le médicament, sous forme convenable, dans le creux de l'aisselle. Si ce point est circonscrit, ce désavantage est compensé : 1° par l'activité de l'absorption dans cette partie, 2° par la quantité de remède qu'il est possible d'employer, 3° et surtout par la prolongation du contact permanent, qu'on peut rendre incessant, ce qui n'a pas lieu pour les autres procédés. Donc, égalité d'avantages au moins, et en outre l'opération est aussi simple, aussi prompte, aussi peu embarrassante que possible; elle est presque entièrement dépourvue des graves inconvénients de la malpropreté de la peau et des vêtements, et même de l'odeur qui se trouve en quelque sorte incarcérée dans le creux de l'aisselle. Enfin un autre avantage, inappréciable pour la plupart des malades, c'est que cette méthode ne réclame aucun aide, ne se trahit par aucun étalage, en un mot peut être facilement et complètement dissimulée aux yeux d'autrui. Il est bien entendu que nous ne prétendons mettre ce procédé en parallèle qu'avec les autres procédés iatraleptiques; qu'il ne



faudra lui demander que ce que ceux-ci peuvent produire ; qu'il ne vaudra jamais, par exemple, la méthode par ingestion gastrique ou intestinale lorsque celle-ci est indiquée et applicable ; que la méthode iatraléptique manquant fort souvent son effet, il ne faudra pas espérer que la maschaliatrie soit infaillible. Tout ce que nous voulons, c'est faire ressortir ses avantages réels sur les onctions, les frictions localisées ailleurs et même généralisées, en tant qu'on n'a pour but que d'introduire un médicament par absorption cutanée.

Il suit de là que les médicaments absorbables par la peau, à dose assez rapprochée, sont seuls applicables par la méthode axillaire. Elle ne peut donc admettre les corrosifs qui, sous un petit volume, altéreraient la peau, tel serait le sublimé ; et encore une solution étendue de chlorure mercurique, dont on imbiberait une éponge qu'on placerait sous l'aisselle, pourrait-elle être absorbée et produire des effets supérieurs à ceux des pédiluves mercuriels. Notre méthode n'est pas applicable non plus aux astringents, qui détermineraient un resserrement de la peau contraire à l'action absorbante. Tout cela se conçoit et s'applique du reste aux iatraléptiques en général. En résumé, tous les agents absorbables usités généralement, en pommade, en liniment, en lotions, etc., peuvent se prêter à la maschaliatrie. Les formes qui conviennent le mieux sont principalement les pommades et les solutions. Cependant les poudres, les pâtes, les électuaires, pourraient s'y prêter dans certains cas. Les pommades s'appliquent tout simplement en les déposant au fond du creux de l'aisselle, d'un côté ou des deux côtés à la fois. Les solutions s'emploient de la même manière, par l'intermédiaire d'une éponge ou d'un corps spongieux quelconque. Il convient de nettoyer l'aisselle avant l'application du remède, et chaque jour, au moyen de lotions tièdes, savonneuses, émollientes, etc. Il est inutile de raser l'aisselle ; je pense même que la présence des poils est favorable, comme moyen de retenir la substance médicamenteuse. Le remède appliqué se trouve maintenu par le simple rapprochement du bras près du corps, sans effort aucun de la part du malade. Chez les individus mobiles, indociles, chez les enfants, on maintiendrait le bras rapproché du corps au moyen d'une bande ou d'un ciréaire. L'application du remède peut, en cas de besoin, être continuée nuit et jour ; mais, dans les cas ordinaires, il suffit de la faire le soir, avant le sommeil, qui amène l'immobilité et laisse toute une nuit à l'absorption pour se faire. Si le topique est trop diffusant, on peut le maintenir au moyen d'un tampon ou d'une toile cirée dont on obture convenablement le creux de l'aisselle.

Cette méthode, nous le répétons, n'est pas précisément de notre invention. Il y a déjà longtemps qu'elle a été appliquée au traitement de

la syphilis par l'onguent mercuriel ; nous en avons souvent usé dans ce but avec avantage. Il y a quelques années qu'on l'a étendue au traitement des fièvres intermittentes par la pommade de sulfate de quinine. Nous ne sachons pas que d'autres applications en aient été faites. Notre seul mérite est donc d'en avoir conçu et d'en conseiller la généralisation. Ce n'est pas même une méthode à proprement dire, c'est un simple procédé iatrapeutique, mais qui tient de la méthode par ses avantages toutspéciaux. La dénomination un peu barbare quoique hellénique par laquelle nous proposons de la désigner, n'est qu'un artifice au moyen duquel nous voulons attirer l'attention des praticiens. Puisse-t-elle rester sous le nom de méthode axillaire. L'idée de la généraliser est née d'une circonstance toute particulière, assez curieuse à connaître.

Une femme est apportée à la clinique dans un état apoplectique, avec hémiplégie du côté droit. Nous reconnaissons de prime abord que cette femme est couverte d'une éruption scabieuse générale et intense ; aux vésicules de la gale se trouvent mêlés des pustules, des croûtes, qui en font un objet de dégoût pour ses voisines et de répulsion pour les gens de service. Nous sentons la nécessité de faire marcher de front le traitement de la gale et celui de l'apoplexie. Ce n'est pas ici le lieu de parler de ce dernier. Contre la gale, nous usons ordinairement de la méthode de Pyhorel (sulfure de chaux et huile d'olives en frictions dans la paume des mains). Mais cette femme est paralysée ; il lui est impossible de se frictionner. Personne, parmi les servants, ne voudrait se charger de ce rôle. Elle ne peut non plus prendre de bains sulfureux. Voilà donc une des mille difficultés que la science n'a pas prévues. Nous nous creusons la tête pour y pourvoir ; une idée lumineuse nous surgit : si la paume des mains, frictionnée pendant quelques minutes, absorbe assez de pommade sulfureuse pour produire la guérison, les aisselles en absorberont bien autant pour le moins ; car l'onguent mercuriel y est absorbé de manière à produire le plus souvent une prompte salivation. nous prescrivons :

Sulfure de chaux. . . 4 grammes.

Axonge. . . . . q. s.

Faites avec cela une pommade. Divisez en deux parties dont chacune sera placée, le soir, dans le creux de chaque aisselle, avec recommandation de tenir les bras rapprochés du corps.

Aujourd'hui, huitième jour, la guérison est très-avancée.

Beaucoup de découvertes bien plus importantes n'ont pas d'origine plus merveilleuse, à partir de la gravitation, si l'histoire de la pomme de Newton n'est pas un conte.

A dater de ce moment je résolu de généraliser cette méthode. L'expérience, nous l'avons dit, est déjà faite : 1° pour l'onguent mercuriel, et implicitement sans doute pour la pommade de calomel. Nous avons dit aussi qu'on pourrait l'étendre au sublimé par l'intermédiaire de l'éponge ; 2° l'expérience est faite aussi pour le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente. Les voies de l'estomac et même du rectum nous paraissent bien préférables ; mais il est des impossibilités qu'il faut admettre, et auxquelles suppléera la maschaliatrie, que nous trouvons même préférable, dans ce cas, à la méthode endermique, qui est embarrassante, douloureuse, et manque souvent son effet ; 3° nous venons de faire l'expérience pour la pommade sulfureuse dans le traitement de la gale, où la méthode axillaire vaut pour le moins celle de Pyhorel, qui pourtant est fort bonne.

Nous proposons d'étendre l'expérimentation, 4° à la pommade d'opium ou d'acétate de morphine dans les cas nombreux qui pourraient la réclamer ; 5° à la pommade de digitale dans les cas d'hydropisie, de palpitations, etc. ; 6° à la pommade de strychnine dans les paralysies de causes diverses. Déjà nous avons un sujet en expérimentation ; 7° à la pommade d'iode de potassium dans les affections serofuleuses, syphilitiques, rhumatismales ou autres où ce remède serait indiqué ; 8° enfin à toutes les substances présumées absorbables qui pourraient être indiquées, et dont on use en frictions, onctions, liniments, lotions, etc.

Un dernier mot sur les doses qu'il convient d'employer. S'il est vrai que les remèdes externes peuvent être appliqués à plus fortes doses que ceux ingérés dans les voies digestives, on remarquera que par la méthode axillaire, le médicament est maintenu en contact plus longtemps que par les autres procédés iatrapeptiques. Souvent, le lendemain matin, on ne trouve dans l'aisselle aucun vestige de la substance appliquée la veille au soir. Cette circonstance commande au moins la circonspection. Nous conseillons donc, lorsqu'il s'agira de remèdes actifs ou toxiques, de débiter par les doses usitées à l'intérieur, ou à peu près, sauf à augmenter consécutivement et selon les effets produits.

En terminant, nous invitons nos confrères à se joindre à nous pour nous dire, de par leur propre expérience, ce qu'on peut espérer de cette méthode, qui nous a paru comporter des avantages suffisants pour que nous n'ayons pas craint de la soumettre à leur appréciation.

FORGET.

DE LA NÉVRALGIE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM, ET DE L'INFLUENCE  
THÉRAPEUTIQUE DES VAPEURS AQUEUSES DANS CETTE MALADIE.

La sensibilité dont est doué tout tissu vivant est susceptible de subir deux modes d'altération tout à fait contraires ; dans l'un, elle peut s'élever à cette exaltation extrême où l'on voit les tissus tressaillir au moindre contact de ses stimulants normaux ; dans l'autre, elle peut diminuer progressivement, et finir par s'éteindre ; mais cette dichotomie est-elle assez large pour comprendre tous les cas où l'on voit la sensibilité s'éloigner de l'état physiologique ? Beaucoup d'auteurs ne l'ont point pensé, et ont proposé d'admettre un troisième mode de lésion de la sensibilité, c'est à savoir la perversion de cette propriété. Considérée du point de vue purement doctrinal, cette distinction a peu de valeur, et n'avance en rien la conception théorique des névropathies : elle mérite toutefois d'être conservée dans la science, parce qu'elle ouvre une voie plus large à l'expérimentation thérapeutique. Les faits en se multipliant, les observations sévères en se répétant, nous ont fait sortir du cercle étroit dans lequel des doctrines bientôt vieilles voulaient circonscrire le traitement des névroses, et en particulier des névralgies. Sans doute les excitants directs de la vie nerveuse, comme les agents capables d'exercer sur elle une influence d'hyposthénisation, tiennent toujours une grande place dans la thérapeutique des névralgies ; mais quand la maladie résiste à cet ordre de moyens, on ne désespère plus de la guérir, et l'on s'adresse avec confiance à un autre ordre d'agents modificateurs. Il serait difficile, dans l'état actuel de la science, de rationaliser cette foule de moyens disparates que la pratique quotidienne emploie dans le traitement de la névropathie ; l'esprit ne saisit en effet aucune espèce de rapport entre l'opium et l'huile de térébenthine, entre la valériane et l'assa-fœtida, le fer et l'électricité, etc. Il n'en est pas moins constant cependant que ces divers moyens, qui dans leur mode d'action sur l'organisme sain offrent si peu d'analogie, se comportent souvent, dans les lésions de la sensibilité, de telle sorte que celles-ci disparaissent. Que se passe-t-il alors dans l'intimité des tissus, dans le jeu des forces dont ces tissus sont animés ? On ne le saurait dire. « Ce qu'il y a de remarquable, dit à ce sujet M. Du Bois (d'Amiens) (1), quoique cela ne soit pas très-rare en médecine, c'est qu'on est souvent parvenu à enlever des douleurs par des moyens diamétralement opposés ; c'est pour cela qu'on voit des praticiens conseiller de rubéfier les parties malades,

(1) *Traité de pathologie générale*, tome II, page 153.

et les approcher d'un brasier ardent, tandis que d'autres vous disent d'employer des fomentations froides, et même de recourir aux applications de glace; tant il est vrai que, dans la plupart des cas, il ne s'agit que de modifier vivement et puissamment l'organisme, de produire un état autre que l'état morbide, de changer celui-ci, peu importe contre quoi, car on gagne presque toujours au change. » Sans renoncer à l'espoir de voir se débrouiller un jour la question encore si obscure des névroses, et sans négliger les recherches qui peuvent conduire à la solution de cette question, il faut en général, dans la thérapeutique de cette classe de maladies, se tenir en dehors des vues théoriques par lesquelles on a tour à tour tenté de les expliquer; ici comme dans plusieurs circonstances d'ailleurs, c'est par la voie de l'empirisme pur que nous sommes arrivés à quelques applications utiles; c'est encore dans cette voie qu'il faut hardiment marcher, si l'on veut, sur ce point, essayer de reculer quelque peu les limites de l'art.

Il n'est sans doute dans l'économie aucun organe dont la sensibilité ne pût s'altérer suivant l'un des modes que nous avons indiqués précédemment; que si, dans les cadres nosologiques les plus complets, ces sortes de lésions ne sont pas poursuivies dans tous les points de l'organisme vivant, cela tient sans doute à ce que, malgré tous les perfectionnements que la science du diagnostic a reçus dans les temps modernes, il est encore un bon nombre d'organes dont les accidents, dont les mœurs, dans leurs minutieux détails, pour nous servir d'une expression de Bordeu, échappent à la plus attentive investigation. La juxtaposition des tissus hétérogènes ou du même ordre dans les diverses cavités splanchniques, les irradiations sympathiques qu'envoient au loin les organes malades, les diverses complications morbides qui se joignent souvent aux lésions élémentaires de la sensibilité, sont autant de causes qui tendent, dans un certain nombre de cas, à marquer les névroses, et à en faire reconnaître à la fois et la nature et le point de départ précis. Pour ce qui est en particulier des névralgies, il n'est pas toujours nécessaire, pour assurer le succès de la thérapeutique, de reconnaître rigoureusement le siège de la lésion: placée sous la dépendance immédiate du système nerveux encéphalo-rachidien ou ganglionnaire, commandée peut-être par une modification pathologique survenue dans l'économie, dans la vitalité normale de l'un de ces systèmes, cette lésion est souvent heureusement combattue par les préparations opiacées administrées par la voie de l'estomac, lors même que la névralgie est provoquée par une cause essentiellement locale, et qui très-évidemment n'a agi que d'une manière secondaire sur les centres nerveux. C'est ainsi par exemple que les douleurs odontalgiques que détermine

d'une manière intermittente la carie d'une ou plusieurs dents, sont quelquefois très-rapidement calmées par le moyen de l'opium livré à l'absorption par la muqueuse gastrique. Dernièrement encore, nous avons pu observer un fait de ce genre. Vainement, dans ce cas, on eût espéré faire cesser le mal par la soustraction de la cause provocatrice, car il eût fallu arracher une grande partie des dents, la plupart offraient des points de carie. Mais il n'en est point toujours ainsi; soit que la névralgie ait survécu à la modification du système nerveux qui l'a déterminée, soit que, primitivement locale, elle soit toujours demeurée telle, le mal est borné au siège qu'il occupe; s'attaquer, en pareil cas, aux centres nerveux eux-mêmes, est une pratique fort douteuse dans ses résultats. Ici la médication topique doit être largement mise en usage; il faut en varier les formules, si la première ne réussit pas; car ce que nous avons dit de l'incertitude, de l'inconstance d'action des modificateurs généraux des centres nerveux, s'applique également, bien qu'avec quelques restrictions, aux agents topiques par lesquels on se propose de combattre les accidents locaux des névralgies. Ces dernières considérations s'appliquent entièrement à la névralgie du rectum, que nous n'appellerons point rectalgie, pour ne point créer un hybride de plus dans la science.

Il est assez singulier que cette névralgie, que nous avons plusieurs fois observée, et qui s'est présentée à nous avec des caractères parfaitement tranchés, soit à peine indiquée dans les auteurs, dans ceux-là même qui ont fait des névralgies une étude spéciale. Cela tient, nous le pensons, à ce que l'on n'a point distingué rigoureusement cette lésion de quelques maladies qui, dans quelques cas, la simulent complètement. Au nombre de ces maladies, nous plaçons une des variétés locales du prurigo admise par Willan, et qu'il a désignée sous le nom de *prurigo podicis*. Nous ne disons pas que tous les cas qui ont été observés par cet habile médecin ou ceux qui ont suivi ses traces fussent des cas de névralgie du sphincter ou de la fin de l'intestin rectum, mais d'après ce que nous avons nous-même observé, nous croyons que quelques erreurs ont pu être commises sur ce point de diagnostic difficile. Les hommes dont le nom a aujourd'hui le plus d'autorité quand il s'agit de maladies cutanées, Bielt et ses élèves, MM. Cazenave et Schedel, qui à leur tour sont devenus des maîtres, sont eux-mêmes fort incertains quand il s'agit de classer méthodiquement cette variété du prurigo. « C'est à tort, dirait-on peut-être, écrivent ces derniers auteurs, que nous décrivons ici (à propos du prurigo) des maladies qui la plupart du temps ne présentent pas l'élément primitif; mais, outre qu'on l'observe cependant dans quelques cas, rares il est vrai, la démangeaison, qui les rapproche du

prurigo, et leur importance nous ont engagés à ne pas les rejeter entièrement : elles ont d'ailleurs été admises par Willan (1). » Ici, dans un certain nombre de cas au moins, le diagnostic de la maladie repose uniquement sur le mode de sensation accusé par les malades. Tout le monde sait combien cette base est précaire quand il s'agit de définir nettement une maladie. Il y a donc là erreur possible, et quelques cas de névralgie rectale ont pu être pris pour des prurigo sans papules.

Une autre maladie avec laquelle une observation inattentive a pu faire confondre cette névralgie, c'est celle qui consiste dans la présence à la fin du rectum de ces vers presque microscopiques que Bremser a désignés sous le nom d'*oxiures*. Ces parasites développent effectivement, dans quelques cas, des douleurs extrêmement vives au pourtour de l'anus ; ces douleurs, qui ne sont pas toujours de simples démangeaisons, sont telles parfois, qu'on les a vues chez des enfants déterminer des convulsions fort graves, et dont la cause, bien facile à faire disparaître, n'était constatée qu'après la mort. Ici l'erreur est impossible quand l'investigation est complète ; mais celle-ci est-elle toujours complète ? lorsque la forme des accidents accusés a fait supposer que leur cause résidait dans ces parasites logés à la fin de l'intestin, nous donnons-nous toujours la peine de vérifier notre hypothèse ? Nous croyons donc qu'ici encore plus d'une erreur de diagnostic a pu être commise.

Maintenant que nous avons, autant qu'il a été en nous de le faire, indiqué les causes qui ont pu, dans plusieurs cas, faire reconnaître la maladie dont nous nous occupons, nous allons rapidement indiquer les caractères les plus saillants par lesquels elle s'est traduite à notre observation. Un des caractères principaux de la névralgie rectale est la soudaineté avec laquelle elle éclate, et, suivant encore en cela la loi des névralgies, la rapidité avec laquelle elle disparaît. Dans les cas que nous avons observés, il n'y avait point de place, dans la marche de la maladie, pour la période de décroissance ; à l'instant où les patients accusaient la douleur la plus intense, elle cessait ; la sensibilité normale succédait sans transition à la sensibilité la plus exaltée. Quant à l'intensité et à la nature de la douleur, l'une nous a paru ordinairement fort grande ; l'autre consistait en ces élancements, en ces fulgurations de la sensibilité, que Cotugno le premier a désignés si heureusement sous le nom de *fulgura doloris*, éclairs de douleurs. Un autre caractère, mais plus tranché ici que dans les autres formes de névralgie, ce sont les intermittences fréquentes que le mal nous a présentées dans sa marche. En

(1) *Abrégé pratique des maladies de la peau*, par MM. Cazenave et Schedel, troisième édition, page 325.

interrogeant les malades avec attention, nous avons eu reconnaître que le déplacement des gaz, le mouvement des matières fécales, contribuaient, en partie au moins, à produire cette intermittence dans le phénomène de la douleur. Il en est ainsi en général, du reste, dans les névralgies des organes creux; le fait de l'intermittence est beaucoup plus prononcé que dans les tissus où cette condition de forme et de fonction ne se rencontre pas. Lorsque la maladie existe à un haut degré d'intensité, la douleur réagit sur le col de la vessie, et rend impossible l'émission des urines. C'est là d'ailleurs la seule sympathie bien manifeste que nous ayons rencontrée. Nous nous bornerons à cette esquisse rapide des principaux traits de la maladie; quand l'attention des praticiens se sera fixée sur cette affection, dont les auteurs se sont si peu occupés, les faits se multiplieront, sa physionomie pourra être dessinée d'une manière plus complète. En attendant ce travail de l'avenir, nous allons rapporter succinctement quelques faits qui serviront au moins à marquer d'une manière plus nette, dans le cadre nosologique, la place qui doit être faite à cette maladie.

M. S..., ancien militaire, âgé de cinquante-quatre ans, bien que jouissant habituellement d'une bonne santé, est d'une maigreur remarquable: il est fort sujet à un lumbago qui exige quelquefois l'application des sangsues au siège. Il y a quatre ans, cet homme éprouva pour la première fois des douleurs extrêmement vives à la partie inférieure de l'intestin; ces douleurs durèrent trois ou quatre jours, avec des intermittences plus ou moins prolongées; elles s'accompagnèrent d'une constipation opiniâtre qui ne céda qu'à l'emploi d'un grand nombre de lavements pris coup sur coup. Bornées le premier jour au pourtour de l'anus, elles irradièrent les jours suivants à une certaine hauteur dans l'intestin; le quatrième jour, elles se compliquèrent de douleurs lombaires, auxquelles le malade commença, suivant son habitude, à opposer des bains de siège. Ces dernières persistèrent malgré l'emploi de ce moyen; mais les douleurs intestinales disparurent complètement. Depuis lors, cet accident s'est renouvelé huit ou dix fois, ne variant guère que dans son degré d'intensité. Chaque fois M. S... lui opposa le moyen qui lui avait d'abord si bien réussi. Dans quelques cas, ces bains suffirent à faire cesser sans retour la douleur, mais d'autres fois la douleur, simplement calmée, ne tardait point à reparaitre. Ce fut alors que le malade nous consulta: nous observâmes le pourtour de l'anus avec la plus grande attention, et nous ne vîmes rien là qui pût rendre compte des accidents accusés. Après avoir réfléchi au mode de développement des phénomènes, à leur apparition et leur cessation également brusques, à l'intermittence qu'ils affectaient dans leur marche, nous crûmes reconnaître



les traits d'une névralgie développée dans un lieu insolite. Frappé d'un autre côté de la promptesédation que déterminait souvent l'application de la chaleur au moyen de l'eau, nous crûmes que la vapeur d'eau agirait plus efficacement encore. Nous conseillâmes au malade de se soumettre à l'influence de celle-ci. Dans aucun cas de maladie, nous l'affirmons, nous n'avons vu céder aussi rapidement des douleurs aussi intenses. Depuis cette expérience, M. S..., à chaque attaque, a eu recours au même moyen, et l'a trouvé constamment aussi efficace.

Il est impossible de méconnaître ici l'influence heureuse exercée par le moyen mis en usage. Dans les premières atteintes du mal, nous voyons le malade obtenir immédiatement une sédation marquée des accidents au moyen d'un simple bain de siège. Les expériences suivantes n'ont pu nous laisser le moindre doute sur le mode d'action de ce moyen; il a agi évidemment surtout comme conducteur du calorique. Celui-ci en effet, appliqué d'une manière plus énergique au moyen de la vapeur, modifie bien plus sûrement, bien plus efficacement le trouble de la sensibilité; dès qu'il touche, en quelque sorte, les parties qui sont le siège de cette affection morbide, nous voyons celle-ci disparaître immédiatement. Le calorique ne développe point ici d'ailleurs une action thérapeutique qui ne pût être prévue; l'application de ce moyen, comme agent de répression de la sensibilité exagérée, est presque de la pratique vulgaire. Les cataplasmes dont on couvre l'abdomen dans un grand nombre de cas de douleurs intestinales, et qui les calment si souvent, n'agissent-ils pas surtout comme moyens conducteurs du calorique? Les gens du monde leur substituent souvent des serviettes, des briques, des fers chauds, qui agissent exactement de la même manière. Dans les crampes d'estomac, où, en même temps que le ventricule est comme spasmodiquement resserré sur lui-même, il est le siège d'une douleur extrêmement vive qui décompose rapidement le facies des malades, les frappe d'une terreur soudaine de la mort, l'application du calorique est encore le moyen à la faveur duquel on obtient ordinairement la plus rapide sédation.

Dans le second cas, que nous allons également rapporter, en élaguant de notre observation tous les détails qui n'ont point trait à notre sujet et qui la surchargeraient inutilement, il s'agit d'une femme qui depuis longues années est sujette à ces douleurs d'estomac qui troublent fréquemment les digestions, mais ne les empêchent pas, car la nutrition n'en est nullement altérée. Cette femme a éprouvé deux fois déjà, dans l'espace de douze ou quinze mois, des douleurs extrêmement vives à la fin de l'intestin. La première fois ces douleurs se calmèrent peu à peu, et sans que la malade ait rien fait de plus que de prendre quelques demi-lave-

ments de son. Mais à la seconde attaque les choses n'allèrent point ainsi ; la sensibilité dont la partie inférieure de l'intestin était le siège fut telle, que la patiente ne pouvait rester assise ; couchée, elle se livrait à des mouvements de jactitation qui témoignaient la part que le système nerveux prenait aux accidents locaux. Le ventre était ballonné, et douloureux dans la direction du côlon seulement. La pression paraissait soulager cette douleur irradiée plutôt qu'elle ne l'augmentait. Il y avait douze heures environ que la malade souffrait quand nous l'observâmes ; elle n'avait point uriné une seule fois pendant ce laps de temps, bien que plusieurs fois elle eût essayé de le faire. Ici encore la violence du mal, la soudaineté de son apparition, sa coexistence avec une habitude gastrique, l'absence de toute lésion locale à laquelle nous puissions rattacher cette hyperesthésie localisée, tout nous conduisit à penser qu'il s'agissait dans ce cas d'une névralgie de l'intestin rectum. Nous prescrivîmes sur-le-champ à la malade de se placer sur la vapeur d'eau ; au bout de quelques minutes soulagement prononcé, au bout d'une demi-heure la sensibilité est revenue à l'état normal. Dans la soirée du même jour réapparition de douleur avec une intensité aussi grande que la première fois peut-être ; réapplication du même moyen, même succès immédiat. Par mesure de prudence, l'application de la vapeur est continuée pendant quelques jours encore. Quoique la douleur eût cessé complètement, l'urine, après avoir coulé abondamment, fut retenue encore pendant quinze ou vingt heures dans la vessie ; un bain de siège dut même être employé pour rompre le spasme probable du col de cet organe.

Nous avons depuis un an observé deux autres cas de névralgie rectale ; comme ils offrent la plus grande analogie avec ceux que nous venons de rapporter, nous nous abstenons d'en tracer l'histoire : nous nous contenterons de dire que dans ces deux cas, comme dans les deux précédents, nous avons eu recours au même moyen, et qu'il a fait cesser les accidents avec la même rapidité.

En écrivant cet article, nous n'avons point prétendu faire inscrire, sur la foi d'une expérience aussi limitée, une maladie nouvelle ou plutôt une localisation nouvelle d'une maladie parfaitement connue dans les cadres nosologiques ; nous avons pu nous tromper, comme d'autres, suivant nous, se sont évidemment trompés. Mais quoi qu'il en soit de la justesse de l'interprétation que nous avons donnée aux phénomènes dont nous avons cherché à caractériser l'ensemble, le résultat thérapeutique que nous avons signalé restera. En indiquant, comme nous l'avons fait brièvement, quelques résultats heureux de l'application du calorique à l'accident de douleur, nous avons tâché de faire comprendre l'efficacité

du même agent dans la maladie dont nous avons rapporté quelques cas : c'est ainsi qu'il faut toujours procéder dans notre science ; il faut grouper les faits suivant leurs analogies ; la lumière qui rejaillit des uns peut éclairer l'obscurité qui entrave les autres.

Max. SIMON.

---

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

---

MÉMOIRE SUR LA BLÉPHAROPLASTIE. — AVANTAGES DE LA MÉTHODE DE CELSE ET DE CERTAINS PROCÉDÉS POUR LA RÉPARATION DES PERTES DE SUBSTANCE DES DEUX PAUPIÈRES. — CAS EXCEPTIONNELS OU L'ON A DU RECOURIR A DES PROCÉDÉS SPÉCIAUX.

### *Restauration de la paupière supérieure<sup>1</sup>.*

Quant aux indications plus délicates que réclament les maladies heureusement plus rares de la paupière supérieure, j'avoue que, malgré tous mes efforts, et quoi qu'on ait dit à l'occasion de diverses opérations de blépharoplastie que j'ai pratiquées aussi sur cette paupière, il m'a paru difficile d'arriver d'une manière aussi satisfaisante à une aussi complète simplification. L'application de la même méthode générale et du même procédé est à la vérité toujours possible dans le cas de restauration de la partie externe de la paupière supérieure, comme nous en donnerons l'exemple. Ce procédé, à la rigueur, pourrait aussi, comme nous le dirons, être employé pour ses autres réparations partielles, lorsque la perte de substance n'est pas trop étendue.

Mais il est évident qu'il ne saurait l'être lorsqu'il s'agit de réparation totale ; car à quelle partie emprunter le lambeau ? Au front ? à la tempe ? Que devient alors le sourcil ? Ce n'est donc qu'à l'aide d'un lambeau retiré tout entier de la partie moyenne du front, entre les deux sourcils, ou à la région temporale, et d'après la méthode indienne, qu'on peut remédier à la perte totale de la paupière supérieure. La nouvelle paupière, ne jouit-elle d'aucun mouvement, serait encore un grand bien fait. Notons aussi que les bandelettes adhésives et le bandage unissant sont ici d'une application moins facile, et sont loin d'offrir les ressources qu'on peut en retirer pour la paupière inférieure.

Dans le cas d'ulcération peu étendue de la partie interne, la répara-

(1) Voir l'avant-dernière livraison, tome XXIII, p. 422.

tion de la perte de substance par le glissement du lambeau pris sur le côté du nez est certainement un moyen praticable.

Mais lorsque la perte de substance est beaucoup plus considérable, le peu de largeur que présente la racine du nez, et l'enfoncement formé en dedans par cette saillie osseuse, rendent évidemment l'opération par ce procédé plus difficile à exécuter, et la dissection d'un lambeau dans l'intervalle des sourcils par la méthode indienne me paraît aussi, dans ce cas, le seul procédé possible.

C'est à ce dernier parti que je me suis arrêté dans l'opération suivante, avant que j'eusse encore songé, il est vrai, à formuler aucune règle générale pour les restaurations des paupières.

Obs. IV. — *Restauration de la partie interne de la paupière supérieure.* — Le nommé Mareon, forgeron à Epargnes, avait eu sur le côté gauche du nez, près de la racine de cet organe, un ulcère qui avait détruit les téguments et la partie interne de la paupière dans un tiers de son étendue environ. La cicatrice qui en était résultée, très-mince, retenait sous l'apophyse orbitaire interne cette partie qui laissait l'œil à découvert.

La cicatrice fut détruite, et les adhérences qui retenaient la paupière en haut, divisées par une incision se prolongeant en dehors entre le bord libre de la paupière et l'arcade orbitaire, de manière à former un angle rentrant.

Pour remédier à la perte de substance résultant de cette opération, je taillai à la partie inférieure du front, directement entre les deux sourcils, un lambeau elliptique ayant une de ses extrémités dirigée en haut et l'autre se continuant en bas à un pédicule étroit et taillé sur le dos du nez. L'incision qui bornait ce pédicule du côté droit fut prolongée un peu plus bas qu'à gauche pour en faciliter la torsion et permettre en même temps une application plus exacte du lambeau.

Celui-ci fut maintenu en place par un point de suture entortillée à l'aide d'une très-petite épingle placée dans l'angle même de la plaie et parallèlement à la paupière. Trois fils simples furent placés, en outre, le long du bord supérieur au-dessous de l'arcade orbitaire, et un quatrième en bas, sur le bord libre de la paupière, faisant pointe en dessous.

De très-petites bandelettes de taffetas gommé disposées entre les fils, un petit plumasseau de charpie mollette et de l'agaric pour combler l'enfoncement de l'œil près de la racine du nez et établir en même temps sur le lambeau une douce compression, eurent pour but de soutenir les points de suture et d'en favoriser l'action. La plaie du front fut réunie aussi au moyen de trois épingles; l'opération fut pratiquée le 25 juin 1836.

L'appareil fut levé le quatrième jour. La réunion, assez solide en dehors et en bas, n'avait point eu lieu vers le nez, et le bord supérieur du lambeau, un peu affaissé et roulé sur lui-même, formait une sorte de bourrelet un peu épais, qui, privé de mouvement, servait cependant à protéger l'œil et à tenir de ce côté la paupière abaissée. Ce bourrelet, devenu plus régulier depuis, présente la forme d'un petit tubercule arrondi; et les petits poils, prolongement des sourcils, qui se trouvaient compris dans la surface, étant devenus aussi plus forts et ayant pris la direction de cils assez bien disposés, don-

neut actuellement à ce tubercule une apparence assez analogue à celle de ces petites tumeurs érectiles ou lipomateuses qu'on voit se développer chez quelques personnes sur le bord des paupières. La cicatrice du front, tout à fait linéaire et verticale, présente l'aspect d'une ride très-pen-sible.

Nous avons dit que la méthode de glissement simple du lambeau était applicable à tous les cas de restauration de la partie externe de la paupière supérieure. Nous avons eu recours, en ce cas, à cette méthode avec un plein succès, comme on le verra par l'observation suivante.

Obs. V. — *Restauration de la partie externe de la paupière supérieure.* — Madame Gautret, à Épargnes, parvenue, à l'âge de retour, avait depuis plusieurs mois sur le bord de la paupière supérieure gauche, près de l'angle externe, une petite excroissance fongueuse qui, faisant saillie surtout du côté de l'œil, gênait beaucoup les mouvements de l'organe. Cette excroissance occupa bientôt toute l'épaisseur de la paupière, qui s'ulcéra et devint saignante. Diverses pomades et quelques cautérisations dont on avait fait usage, au lieu de diminuer le mal, n'avaient fait que l'irriter davantage.

Lorsque nous fûmes appelé à l'examiner, il avait envahi plus de la moitié de la paupière dans toute sa hauteur, et bien que déjà l'excision fût le seul moyen rationnel, nous voulûmes bien cependant encore consentir à l'emploi de quelques applications simples, qui, n'ayant amené aucun résultat avantageux, décidèrent la malade à l'opération, qui fut pratiquée le 10 mars 1841. Voici comment nous procédâmes.

Les parties affectées furent comprises dans une incision en forme de  $\Delta$  renversé, dont la base correspondant au bord libre de la paupière avait un peu plus d'un centimètre, et dont le sommet se terminait près de l'extrémité du sourcil.

L'excision achevée, le lambeau destiné à réparer la perte de substance fut taillé de la manière suivante. L'ouverture des paupières fut prolongée sur la tempe par une incision horizontale de trois centimètres environ. A l'extrémité postérieure de cette incision nous en pratiquâmes une seconde remontant en arrière de l'apophyse orbitaire externe, un peu plus haut que la plaie, ce qui donna lieu à un lambeau trapézoïde à sommet supérieur, qui, disséqué de bas en haut, put être facilement incliné en dedans et s'appliquer à la plaie faite à la paupière. Deux très-petites épingles placées transversalement au dedans de l'apophyse orbitaire, servirent à le réunir à la portion restante de la paupière supérieure. Deux autres épingles servirent de même à réunir l'incision de la tempe en arrière de la commissure.

Quelques petites bandelettes adhésives disposées dans les intervalles des points de suture, et une légère compression au moyen d'un peu de charpie mollette, eurent pour but de favoriser la réunion et de rendre plus exacte l'application du lambeau au-dessous de l'arcade orbitaire.

En se retraçant ici le mouvement opéré par ce lambeau, il est évident qu'il dut rester sur la tempe, à la place qu'il occupait dans l'état naturel, une partie dénudée qui fut pansée simplement.

Les épingles furent enlevées le quatrième jour, et quoique déjà la réunion fût partout complète, les bandelettes adhésives n'en furent pas moins con-

tinuées encore jusqu'à l'entière cicatrisation de la plaie de la tempe. Celle-ci était complète vers le quinzième jour, et la trace qu'elle présentait était assez semblable à celle que laisse après elle l'application d'un vésicatoire.

*Restauration de la partie moyenne de la paupière supérieure.*

— Comme pour la paupière inférieure, le procédé employé ici pour la réparation de la partie externe convient également très-bien à la restauration de la partie moyenne de la paupière supérieure.

*Premier procédé.* Pour cela, l'excision opérée, il faudrait de même détacher en arrière les adhérences naturelles de la portion externe de la paupière avec l'arcade orbitaire, pour pouvoir lui en faire contracter d'autres plus en dedans, et la réunir à la partie interne. Ici, comme en bas, la portion moyenne de la paupière supérieure enlevée se trouverait remplacée par la portion externe, et celle-ci enfin par une partie nouvelle empruntée à la tempe.

*Deuxième procédé.* Dans le cas où la partie moyenne de la paupière supérieure aurait subi une perte de substance très-considérable, et où les parties situées au-dessous de l'arcade orbitaire, destinées plus particulièrement à faciliter les mouvements du sourcil, auraient été entièrement détruites, on pourrait encore, par un procédé emprunté à la même méthode, et analogue à celui de Roux de Saint-Maximin pour la restauration des lèvres, après avoir agrandi la commissure externe par une incision horizontale, en pratiquer une seconde parallèle à celle-ci dans le sourcil lui-même primitivement rasé, de manière à détacher un lambeau rectangulaire adhérent vers la tempe, et mettre ainsi en contact la partie externe avec la partie interne de la paupière, et les fixer au moyen de la suture entortillée. Les poils du sourcil venant à repousser cacheraient en partie les cicatrices effacées en partie aussi par les rides rayonnées déterminées sur la tempe par le plan postérieur des fibres de l'orbiculaire, et par le sillon qui continue en arrière la commissure externe.

*Troisième procédé.* Lorsque la partie moyenne de la paupière supérieure n'a été, comme on le dit ordinairement, détruite que dans une partie de sa hauteur, et que *les parties situées au-dessous de l'arcade orbitaire*, qui, selon nous, *sont parfaitement distinctes de cette paupière*, s'en trouvent séparées par un sillon horizontal, et servent plutôt *aux mouvements d'élévation du sourcil* qu'à l'abaissement de la paupière; lorsque, dis-je, ces parties *intermédiaires* sont demeurées saines, un moyen de restauration qui, quoiqu'un peu compliqué en apparence, nous paraît cependant, dans ce cas, offrir quelques avantages, est le suivant.

On pratiquerait de chaque côté de l'ulcération, au moyen d'un bis-

tourti très-étroit dirigé d'arrière en avant, deux incisions verticales parallèles, dont l'interne, plus considérable que l'autre, intéresserait toutes les parties jusqu'au sourcil.

Une troisième incision transversale, réunissant les deux premières et passant au-dessus de la maladie, servirait à la circonscrire.

L'excision achevée, on pratiquerait une quatrième division oblique qui, partant de l'extrémité supérieure de la grande incision, viendrait se terminer en dehors de celle qui lui est opposée, de manière à circonscrire inférieurement un lambeau triangulaire qui, détaché en arrière jusqu'à son sommet, serait ensuite abaissé par une sorte de mouvement de conversion dans la plaie inférieure jusqu'au niveau du bord libre de la paupière.

On le fixerait dans cette position au moyen de la suture entortillée pratiquée avec de très-petites épingles.

En suivant ce mouvement du lambeau, on voit que son bord interne devient inférieur et continue le bord libre de la paupière, et que le bord supérieur devient interne, et qu'il doit rester en haut, au-dessous du sourcil, à la place qu'il occupait dans l'état naturel, une surface à découvert.

Pour éviter, dans ce cas, les inconvénients d'une rétraction de la paupière en haut par suite d'une cicatrice trop étroite, bien que, dans ce cas, cette cicatrice ait plutôt pour résultat de tenir le sourcil fixé à l'arcade orbitale, on peut cependant, pour plus de certitude, avoir la précaution de tenir ce voile abaissé, pendant tout le temps du traitement, à l'aide de petites bandelettes de taffetas gommé qui le tirent vers la joue.

Ainsi, à l'exception de la réparation totale, et, dans quelques cas rares seulement, de celle de la partie interne, toutes les autres restaurations de la paupière supérieure peuvent, comme celles de la paupière inférieure, être ramenées à la même méthode générale et au même procédé.

Cette pratique nous paraît présenter, sur toutes les autres, des avantages incontestables, non-seulement par la facilité et la promptitude de l'exécution, l'application plus générale dont elle est susceptible, la vitalité plus grande des parties, et dès lors la certitude plus grande dans les résultats, mais encore par plus de régularité, et partant une plus grande intégrité dans les fonctions de l'appareil de la vision.

Voici cependant quelques reproches qui ont été adressés à cette pratique, et que nous croyons devoir reproduire ici, parce qu'ils ont été formulés d'une manière très-précise, à l'occasion de nos diverses opérations de blépharoplastie, par des praticiens d'une certaine autorité, et

qu'ils serviroient en même temps à faire mieux ressortir les avantages que nous lui attribuons.

Parmi ces reproches, les uns s'adressent à la méthode, les autres ont trait aux procédés.

1<sup>o</sup> Sous le rapport de la méthode. Ainsi exécutées, les opérations de blépharoplastie ne constitueraient plus des autoplasties, puisqu'on n'y ferait plus, dit-on, comme dans le pansement d'une plaie après l'amputation, par exemple, qu'un simple rapprochement de la peau des parties voisines, qu'une simple réunion, en un mot.

Mais si nous comprenons bien l'étymologie et la signification du mot *autoplastie*, il y a cependant, il nous semble, cette différence entre une simple opération de synthèse (même celle qu'on pratique après une amputation) et l'autoplastie, que, dans la première, on ne fait que mettre en rapport des tissus de même nature, jouissant des mêmes fonctions, accidentellement séparés, et qui, dans l'état ordinaire, sont destinés à s'unir les uns aux autres; tandis que, dans l'autoplastie, on a principalement pour but de remplacer des tissus détruits par des parties qui, le plus souvent, ne devaient jamais se trouver réunies à eux, et en différent par leur structure et leurs fonctions.

Or, rapporter d'une partie de la face, du nez, du front ou de la tempe un lambeau d'une structure simple, ne servant, dans l'état ordinaire, que d'enveloppe aux parties qu'il recouvrait, pour lui faire actuellement occuper la place des paupières, organes composés d'éléments si divers, de manière à ce que désormais il serve d'abri à l'organe de la vision, d'expression à la physionomie, de conducteur aux larmes, etc.; c'est là, il nous semble encore une fois, ou il n'en fut jamais, de l'autoplastie ou de l'autographie, comme on voudra l'appeler, et que nous n'avons certes jamais eu la prétention d'avoir inventée.

Nous ne prétendons pas davantage être l'inventeur des différentes méthodes générales qui se rattachent à cette branche opératoire. Nous n'ignorons pas que depuis longtemps, sous le nom de procédés différents, elles avaient été employées de diverses manières à la restauration du nez, de la bouche, du larynx, de l'urètre, et plusieurs autres parties. Nous n'avons même pas dissimulé, je crois, que l'application de la méthode par glissement du lambeau, méthode de Celse, comme on voudra l'appeler, avait aussi été tentée par un de nos confrères pour une réparation du tiers externe de la paupière inférieure.

Tout ce que nous prétendons, c'est d'avoir le premier étendu cette méthode à la réparation de la paupière inférieure tout entière, et d'avoir deux fois avec succès pratiqué cette opération.





Ce que nous prétendons encore, c'est d'avoir formulé, sur cette méthode générale, différents procédés pour remédier également à toutes les pertes de substance partielles des deux paupières, quelle qu'en soit du reste l'étendue et la position.

C'est d'avoir, d'après ces préceptes, exécuté deux fois aussi avec succès la restauration de la partie externe de la paupière supérieure et de la moitié interne de celle d'en bas.

Nous ne nous piquons pas pourtant que ces préceptes offrent les caractères d'une entière perfection. Nous avons démontré qu'ils ne sauraient être applicables à la restauration totale de la paupière inférieure, et que, quoi qu'on ait dit de la possibilité de leur généralisation, il fallait cependant, dans ce cas, recourir à une autre méthode.

Nous ne chercherons point ce que cette manière de faire peut présenter d'analogie avec celle employée par d'autres chirurgiens pour différents cas d'autoplastie pratiquée sur d'autres parties; peut-être en retrouverait-on dans notre pratique tous les éléments; mais ce qu'on ne pourrait nous ôter, c'est que tous ces préceptes épars, auxquels nous n'avons guère eu le temps de songer dans notre première restauration totale, en quelque sorte improvisée, ont au moins été réduits encore une fois en un texte unique, capable de satisfaire à toutes les indications, et renfermant tous les avantages des autres procédés connus, ne fût-ce là, si l'on veut, qu'un simple éclectisme chirurgical. Et, par exemple, conteste-t-on à Roux de Saint-Maximin le mérite de l'invention, quoiqu'il n'ait aussi, lui, appliqué la méthode de Celse aux restaurations des lèvres et des joues que bien longtemps après qu'elle l'avait été déjà à la rhinoplastie?

On nous refuse encore d'être le premier qui ayons fait la réparation totale d'une paupière. Ce n'est pas là tout à fait encore ce que nous avions prétendu : « La formation entière d'une paupière, ayons-nous dit, est encore un fait nouveau et qui mérite d'être signalé. » Ce qui, grammaticalement, je pense, ne veut pas dire qu'il soit absolument le seul.

Nous ignorions cependant alors, il faut l'avouer de bonne foi, que des opérations de ce genre eussent été pratiquées déjà par MM. Jobert et Blandin. Mais tant mieux, après tout; nous eussions peut-être été tenté d'imiter leur conduite.

Qu'on l'observe bien aussi : quoique les réparations de paupière pratiquées par MM. Jobert et Blandin soient d'une très-haute importance, elles diffèrent cependant beaucoup des nôtres par l'étendue de la perte de substance qu'ils ont eu à réparer, et surtout par la méthode et les procédés qu'ils ont mis en usage. Dans le cas de M. Blandin, en effet, le bord ciliaire, précisément la partie de la paupière qui, par sa struc-

ture et la nature de ses fonctions, est la plus essentielle à conserver, et celle qui peut le mieux s'opposer à la rétraction et au renversement de la paupière de nouvelle formation, était demeuré collé au rebord orbitaire, et avait pu en être détaché.

M. Jobert n'a eu de même à opérer que sur une paupière incomplètement détruite.

Ces restaurations, eu égard à l'étendue des lésions, sont donc loin d'être aussi complètes que celles pratiquées par nous, et dans lesquelles nous avions à remédier, dans la première, non-seulement à la perte de la paupière inférieure tout entière, mais encore à la destruction d'une portion de la supérieure, des téguments du nez et de l'orbite; et, dans la seconde, à l'enlèvement de la paupière inférieure aussi, et d'une partie des téguments de la face.

Notre méthode a été celle par glissement de lambeau, méthode de Celse; notre procédé, un lambeau à base très-large.

Tandis que MM. Jobert et Blandin, pour combler la perte de substance à laquelle ils étaient appelés à remédier, ont eu recours tous deux à la méthode indienne, en détachant, l'un sur la joue du côté du nez, l'autre près de la pommette sur la partie la plus saillante et la plus apparente de la face, un lambeau à pédicule très-mince, qu'il leur a fallu retourner pour en faire l'application.

Ainsi, lésions différentes; mode d'opération différent : reste à examiner quelle pratique offre le plus d'avantages.

Quant aux craintes de rétractilité des tissus pouvant amener l'affaissement de la nouvelle paupière, et par suite la dénudation du globe de l'œil, c'est là sans doute une objection mieux fondée faite à la méthode, et à laquelle nous ne pouvions d'avance manquer de nous attendre. Les précautions dont nous faisons un précepte de rigueur après les opérations de blépharoplastie prouvent assez quelle importance nous accordons à ce fait. Mais, outre que cet inconvénient n'est pas tout à fait étranger aux autres méthodes, s'il suffisait des faits eux-mêmes pour prouver qu'il est toujours possible d'éviter ce résultat, nous pourrions nous contenter d'affirmer qu'aucun accident de ce genre ne s'est encore fait observer jusqu'ici chez nos malades opérées, l'une depuis plus d'un an, l'autre depuis plus de deux ans et demi; on voit même que chez l'une l'écartement des paupières est toujours demeuré un peu étroit, et que chez l'autre surtout l'angle du lambeau fixé près du nez, et dont la réunion immédiate n'avait point eu lieu par d'autres causes que nous avons indiquées, formait après le pansement un appendice libre et flottant, qui a fini par se réunir sans aucune dépression ni difformité, malgré quelques légères cautérisations, et partant quelques légères pertes de sub-

stance nécessaires pour en favoriser l'agglutination. Les réparations partielles, plus anciennes encore, n'ont pas été moins heureuses.

GUILLON, D. M.

A Cozes ( Charente-Inférieure ).

NOTE SUR L'HÉMATURIE ET SON TRAITEMENT. — CAS CURIEUX  
DE CETTE AFFECTION CHEZ UN ENFANT.

L'hématurie, ou pissement de sang, est presque toujours liée à l'existence d'une lésion organique ou d'un corps étranger dans les voies urinaires : on dit alors qu'elle est symptomatique. Dans quelques cas, cependant, il paraît impossible de découvrir aucune circonstance préexistante à laquelle on puisse la rattacher : c'est l'hématurie idiopathique ou essentielle.

Il faut bien s'entendre sur le sens de ce dernier mot : s'il signifie seulement que l'hémorrhagie ne se montre pas comme phénomène, comme symptôme d'un état morbide qui l'a précédée ou qui doit la suivre, et dont l'existence n'est pas nécessairement liée à la sienne, ce mot n'exprime qu'une distinction réelle et d'une grande importance dans la pratique, bien qu'elle ne soit pas toujours facile à saisir. Mais si l'on veut que dans l'hémorrhagie essentielle il n'y ait d'autre phénomène que l'écoulement de sang lui-même, sans aucune autre modification organique appréciable de l'organe siège de l'hémorrhagie, je crois que l'on est à côté de la vérité. Ce mot *essentiel* est mauvais, en ce sens que l'idée précise qu'il entraîne avec lui peut induire en erreur les personnes peu instruites et surtout peu habituées à réfléchir, en leur faisant croire que l'hémorrhagie est toute la maladie, et en les empêchant de rechercher et de reconnaître les conditions organiques qui président à son développement. C'est là cependant ce que nous trouvons textuellement exprimé par un auteur moderne : « Les hémorrhagies essentielles, dit-il, ont lieu sans que rien puisse faire soupçonner, dans la partie d'où s'échappe le sang, l'existence de quelque affection que ce soit, dont l'hémorrhagie serait l'effet; tout indique qu'il n'y a là d'autre modification que celle qui produit l'écoulement de sang, et cette modification ne se révélant que par l'hémorrhagie, celle-ci étant le seul phénomène appréciable à nos sens, l'hémorrhagie devient pour nous la maladie elle-même..... » Et plus loin : « Ces hémorrhagies surviennent dans des organes qui ne présentent dans leur structure aucune altération appréciable à nos sens (1). »

(1) Chomel, *Diction. de Méd.*, t. XV, p. 146, 2<sup>e</sup> éd.

Un examen attentif des circonstances dans lesquelles se montrent habituellement les hémorrhagies dites essentielles et les phénomènes qui les accompagnent, apprend que ces hémorrhagies ne se font que consécutivement à une congestion sanguine, qui en est la cause la plus prochaine. Cette congestion est elle-même autre chose que l'hémorrhagie; elle la précède souvent d'un temps notable, et quelquefois, comme on le voit surtout chez les femmes aménorrhéiques ou dysménorrhéiques, sujettes à des hémoptysies périodiques, une congestion d'apparence tout à fait hémorrhagique se fait sans que l'hémorrhagie ait lieu. Cette congestion n'est nullement subordonnée à l'hémorrhagie qui la suit : c'est l'hémorrhagie qui est tout à fait soumise elle-même à la congestion qui la précède. Ce qu'on appelle le molimen hémorrhagique n'est autre chose que l'expression de cette congestion. Cette liaison de la congestion sanguine et des hémorrhagies dites *essentiell*es a été parfaitement indiquée par Stahl, Bichat, Broussais, etc.; Fr. Hoffmann lui-même, avec sa théorie du spasme des capillaires, donne un rôle important à la congestion. Quant à M. Chomel, il refuse expressément, je ne sais trop pourquoi, d'attribuer aucune action à la congestion sanguine dans la production des hémorrhagies dites *essentiell*es, et il préfère s'arrêter à la pure hypothèse de l'énergie ou de l'atonie des vaisseaux absorbants.

C'est dans les hémorrhagies nasale et bronchique, les plus communes de toutes les hémorrhagies, souvent dans les hémorrhagies de la bouche, dans celles de la matrice, que la liaison de la congestion sanguine et de l'hémorrhagie est le plus facile à saisir. Il en est tout autrement de l'hématurie, et c'est précisément pour cela que j'ai cru devoir insister, dans cette note, sur ce sujet. Il est très-difficile, dans une hématurie essentielle, de reconnaître la part que la congestion sanguine prend dans la production de l'hémorrhagie : cela vient sans doute de ce que nous ignorons quels sont les signes de la congestion des reins, et qu'alors ce phénomène nous échappe pour ne nous laisser apprécier que son résultat, l'hémorrhagie. Les observations relatives à l'hématurie endémique à l'île Maurice, que M. Salesse a consignées dans sa thèse (Paris, 1834, n° 302), sont très-remarquables en ce sens. Il est certain, du reste, qu'elles nous offrent une marche et des circonstances que nous ne rencontrons guère dans les diverses hémorrhagies qui se présentent habituellement à notre observation.

L'hématurie est une des hémorrhagies dont le diagnostic et le traitement sont en général le plus difficiles à préciser. J'ai pensé qu'il pourrait être utile de rapporter avec détails le fait suivant, dans lequel, à un concours singulier de circonstances, est venue se joindre une hématurie, dont la marche et la guérison sont également dignes de remarque.

*Enfant de quatre ans. Trois semaines après une fièvre aiguë accompagnée d'une éruption miliaire mal caractérisée, engorgement aigu des ganglions cervicaux, puis anasarque, ascite, hématurie considérable. Guérison.*

Félix G. est un enfant de quatre ans, très-intelligent, assez fort pour son âge, habituellement coloré, n'ayant jamais fait de maladie un peu grave. Il est soumis à un très-mauvais régime; ses parents sont misérables par leur inconduite; on assure qu'ils aiment à lui faire boire du vin pur, et même de l'eau-de-vie, mais ils ne veulent pas en convenir.

Trois semaines avant l'apparition des accidents que nous allons rapporter, je l'avais soigné pour une affection pyrétiqque difficile à déterminer : fièvre très-intense pendant trois jours; éruption miliaire mal caractérisée; céphalalgie, douleurs de ventre, constipation, point de mal de gorge. Voici du reste quels avaient été les caractères de cette éruption : petits boutons très-légèrement rouges, blanchâtres au centre, gros comme des grains de millet, rendant la peau rugueuse, sans vésicule appréciable; ils se montrèrent assez peu nombreux aux membres, aux fesses, presque pas sur le tronc, accompagnés d'assez vives démangeaisons, sans aucun érythème. Ils se dissipèrent du deuxième au troisième jour, sans laisser de traces. (Pour traitement, 4 sangsues à l'anus, ayant saigné abondamment, diète, 30 grammes d'huile de ricin.)

Le rétablissement fut rapide et complet. On lui fit manger du lard et boire du vin. Le 12 et le 13 octobre 1841, mauvaise humeur, appétit conservé, nuits agitées. Dans la nuit du 13 au 14, pas de sommeil, fièvre, respiration bruyante et gênée.

14. Le cou est gonflé aux parties antérieure et latérale; tuméfaction considérable des glandes, bosselées, dures, douloureuses, jusque sous les oreilles; pas de rougeur à la peau. La face est un peu gonflée, légèrement colorée. La bouche s'ouvre à peine pour laisser sortir le bout de la langue, un peu rouge et humide. (Pendant la première maladie, il y avait eu une glande dure, ronde, du volume d'une grosse cerise, derrière le bord inférieur de la mâchoire, sur la ligne médiane.) La peau est chaude et sèche; le poulx à 90 peu développé; pleurs, plaintes répétées, voix mal articulée; la déglutition est facile; la respiration est fréquente, haute, râlante, visiblement gênée. Il n'y a ni toux, ni douleurs dans la poitrine, ni dans le ventre.

(4 sangsues au devant du cou.)

Une des sangsues, un peu en arrière du rebord du maxillaire inférieur, près de la ligne médiane, à droite, tombe promptement, et de sa piqure s'élance un jet de sang artériel, qui va à 40 centimètres, rouge,

par saecades. Arrivé aussitôt, j'essaye en vain de l'arrêter avec du linge brûlé, de l'agarie. La compression est du reste difficile à exercer. Il fallut cautériser profondément, et à plusieurs reprises, avec la pierre infernale, pour arrêter l'hémorrhagie. La perte de sang fut considérable.

Dans la journée, profond affaissement; sommeil le matin; plaintes au réveil. Face pâle, paupières infiltrées, surtout à gauche, côté du décubitus. — Les glandes, qui au moment de la saignée s'étaient considérablement amoindries, prennent encore un plus grand volume; elles s'étendent derrière les oreilles.

Le soir, la fièvre est extrême, le pouls fort et très-fréquent. Une rougeur érysipélateuse couvre la face et le cou. La respiration est de plus en plus gênée. L'état du petit malade paraît très-grave. Il n'a pas uriné depuis hier. Le bas-ventre est tendu, sensible; il paraît y avoir de l'urine dans la vessie. (Sinapismes aux pieds à huit heures, sans effet. A dix heures, 5 centigrammes de tartre stibié; cataplasme sur le ventre.)

Vomissements abondants; une selle peu considérable. Aussitôt après, la respiration devient calme, naturelle, l'enfant s'endort.

Le lendemain, il n'y a plus qu'un peu de gonflement profond sous la mâchoire; la face est un peu infiltrée, sans rougeur. La respiration est naturelle, seulement un peu bruyante et accélérée par instant. Point de fièvre le matin.

Le soir, un peu de fièvre, plaintes; bas-ventre un peu douloureux, légèrement tendu; l'enfant n'a évacué que quelques gouttes d'urine. Il demande à manger. (Cataplasmes, lavements de pariétaire.)

16. Plus de fièvre, plus de gonflement au cou; une selle. Il urine un peu.

17. Il se plaint tout le jour. Le soir, la face est pâle, un peu infiltrée; œdème des pieds et des mains. Le ventre volumineux, tendu, présente une fluctuation manifeste. Pouls petit, sans fièvre; langue rose, avec un enduit blanc à sa base, un peu sèche. Il a rendu dans la journée un verre et demi d'une urine d'un brun noirâtre, un peu trouble, sans odeur; il ne s'y fait pas de dépôt. La chaleur n'y détermine pas de coagulum. L'acide nitrique ne fait que la rendre un peu plus trouble. (Lavements de pariétaire; frictions avec teinture de scille et de digitale; boissons abondantes, orge et chiendent; lait et bouillon.)

L'enfant demeura pendant trois jours dans le même état, l'enflure n'augmentant ni ne diminuant, l'urine peu abondante, de même caractère, évacuée cinq ou six fois par jour. Une selle naturelle tous les jours. Le ventre était généralement un peu sensible à la pression, mais pas plus dans un point que dans un autre. L'enfant était gai, causait et chantait souvent; il n'avait point de fièvre, demandait à manger, mais

sans beaucoup d'instances, et digérait bien quelques aliments très-légers.

Je restai deux jours sans le voir, et le 24, au matin, je le trouvai dans un état beaucoup plus grave.

L'enflure a considérablement augmenté; elle a gagné toute la région dorsale, où l'enfant s'en plaint beaucoup; le ventre est fortement tendu, les bourses très-infiltrées; les mains, les jambes et les pieds très-volumineux; il n'y a d'enflure ni aux bras, ni à la poitrine, très-peu aux cuisses. Les pieds sont assez chauds, les mains, souvent hors du lit, très-froides. La physionomie est fort altérée, le teint livide, l'œil terne, les paupières très-gonflées, l'air profondément abattu et souffrant. L'enfant se plaint presque toujours. La langue est un peu sèche.

Il rend par la verge du sang pur, rouge, et ne paraissant pas mêlé d'urine; il en rend à peu près un demi-verre dans la journée, en quatre ou cinq fois. La peau est chaude, très-sèche; le pouls régulier, peu développé, à 100 pulsations; la soif très-vive. La respiration est naturelle. Il n'y a pas eu de nausées. L'enfant est depuis hier matin dans cet état.

A prendre par cuillerées à café, toutes les deux heures, la potion suivante :

Infusion de fleurs d'oranger. . . . .	80 grammes.
Extrait alcoolique de scille . . . . .	2 grammes.
— de digitale . . . . .	2 grammes.
Térébenthine . . . . .	50 centigrammes.
Eau distillée de menthe. . . . .	2 grammes.
Sirop. . . . .	q. s.

Prendre toutes les deux heures; dans l'intervalle, une cuillerée de sirop de quinquina.

Nitrate de potasse, 4 grammes par pinte de tisane.

25. Même état qu'hier. Il a dormi une partie de la nuit. Fièvre forte, peau chaude et très-sèche. Le pissement de sang est le même. Il y a en quatre selles diarrhéiques, jaunâtres, presque aqueuses. Pas de nausées ni de coliques. L'intelligence demeure toujours intacte.

Suspendre la potion. (Bouillon.)

Il n'y a que deux selles dans la journée. Le soir et le lendemain matin, une cuillerée de la potion. Sommeil la nuit.

26. Dans l'après-midi, il n'y a plus qu'un peu de gonflement aux poignets, aux malléoles et aux paupières. La fluctuation est beaucoup moins manifeste dans l'abdomen, qui, moins tendu, permet une exploration plus profonde. A peine de sensibilité à l'hypogastre, dans les fosses iliaques et aux lombes; l'enfant se plaint un peu quand on presse forte-

ment toutes ces régions, mais sans accuser de réelles souffrances. L'hématurie continue. Le malade rend toujours un demi-verre de sang en cinq ou six fois dans vingt-quatre heures. Ce sang se coagule en partie, comme du sang extrait d'une veine. Celui qui a été rendu le dernier paraît plus fluide, plus aqueux, mais n'a pas d'odeur urineuse.

La physionomie est meilleure. Point de fièvre, peau sèche, rugueuse, de chaleur naturelle; langue rose et humide, soif moindre. Pas de selles depuis hier soir. L'enfant a pris ce matin un bouillon, et a dormi plusieurs heures.

(Donner une cuillerée de la potion toutes les six heures; 2 grammes de bicarbonate de soude par pinte de tisane. Frictions avec la teinture de scille et de digitale.)

L'enfant prit un petit potage au bouillon coupé et au pain; le soir, il y eut une fièvre très-forte; cependant il dormit paisiblement toute la nuit.

27. Une selle naturelle le matin. Urines abondantes. Il rend cinq ou six fois dans la journée plus d'un verre d'urine rutilante, mais plus claire, comme si le sang était mêlé d'eau, et ne se coagulant pas spontanément.

Le soir, il y a fort peu d'enflure aux extrémités, à peine à la face. Le ventre est volumineux. Soif assez vive dans la journée. Il a pris deux potages, et a dormi après. Langue rose et humide. Pouls à 102 pulsations, régulier, assez développé. Peau chaude et sèche.

Les deux jours suivants, l'urine était légèrement rosée; l'acide nitrique la troublait considérablement. Le ventre demeurait fort tendu, la fluctuation évidente, les bourses infiltrées. (Même régime, même prescription.)

30. Une indigestion, causée par des pommes de terre, occasionna de violentes coliques; cependant la nuit fut bonne, et à deux ou trois reprises, l'enfant rendit plus d'un litre d'urine claire, légèrement citrine, n'offrant plus aucune trace de sang; l'acide nitrique ne la troublait nullement.

Les jours suivants, l'enflure des malléoles disparut, ainsi que tout signe d'ascite; l'enfant se leva, n'eut plus de fièvre, même le soir, prit des aliments en grande quantité, et dès les premiers jours de novembre, une guérison franche succéda à une rapide convalescence.

Cet enfant se porta bien pendant les trois mois suivants, malgré le mauvais régime auquel il était soumis; mais au bout de ce temps, il fut pris du croup, et y succomba en deux ou trois jours.

L'histoire de la maladie que je viens de décrire nous présente trois époques :



L'affection aiguë, observée trois semaines avant l'apparition des accidents qui ont dû si vivement fixer mon attention.

L'engorgement aigu des ganglions du cou.

Enfin l'hématurie et l'hydropisie, qui apparurent ensuite à peu près simultanément.

Nous chercherons, dans les réflexions suivantes, quelle liaison peut unir entre elles ces différentes périodes; plusieurs autres points de cette observation devront également nous arrêter, spécialement le diagnostic et le traitement.

Le diagnostic des accidents si graves qui se montrèrent du côté des voies urinaires dut, on le conçoit, m'embarasser beaucoup. On se rappelle sans doute que l'enflure parut d'abord aux paupières, et dès le second jour de l'engorgement des ganglions du cou : il me parut naturel alors de l'attribuer à la gêne de la circulation de la face, et à la difficulté du passage du sang veineux; lorsque, les jours suivants, les malléoles se gonflèrent, la perte de sang, et en particulier de sang artériel, pouvait en rendre compte.

Dès le début de la maladie, l'enfant resta deux jours sans uriner : toute mon attention était alors fixée sur l'état du cou; je constatai le fait, mais un peu de tension de l'hypogastre me fit croire que la vessie contenait de l'urine, tandis qu'il y avait sans doute suppression de la sécrétion urinaire; j'aurais sondé alors l'enfant, si j'avais eu à ma disposition une petite sonde; je me contentai de faire couvrir le bas-ventre de cataplasmes. Le troisième jour, il rendit un peu d'urine que je ne pus voir.

Puis, les jours suivants, l'urine, un peu plus abondante et brune noirâtre, sembla contenir un peu de sang, une ascite et une anasarque légère se développèrent. Je ne savais à quoi attribuer ces phénomènes : l'état général était bon; l'exploration du ventre et des lombes ne m'éclairait en rien. Je me bornai à des diurétiques et à une alimentation légère. — Puis se déclarèrent ces formidables accidents, le pissement de sang, l'anasarque, la fièvre intense, etc.

A quoi donc rattacher ces phénomènes?

On sait que les lésions des reins, surtout les troubles de la sécrétion urinaire, que les hydropisies s'observent fréquemment à la suite des maladies éruptives, et particulièrement de la scarlatine. Aussi ma pensée dut naturellement se reporter vers l'affection que j'avais observée chez cet enfant trois semaines auparavant. Mais, comme maladie éruptive, quelle importance lui accorder? L'éruption avait été légère, de courte durée, mal caractérisée, mais ressemblant plutôt à une miliaire qu'à autre chose; il n'y avait eu ni érythème à la peau, ni toux, ni mal de gorge; la fièvre avait été tout à fait hors de proportion avec l'état de la

péau, et enfin la guérison avait été rapide, et, pendant près de trois semaines, la santé avait semblé parfaite. Il y a un certain nombre d'années, on eût été vivement frappé, sans doute, de l'idée de la rétrocession d'une éruption mal sortie : aujourd'hui, nous n'avons pas à nous arrêter à cette idée.

Je conserve donc les plus grands doutes sur l'existence d'une liaison un peu directe entre les deux maladies de cet enfant. Un fait seul semble les rattacher l'une à l'autre : je veux parler de cette glande sous la mâchoire inférieure que j'avais observée dès la première fièvre, sans y attacher d'importance, et qui probablement est restée gonflée jusqu'à l'époque où toutes les glandes environnantes sont venues à se tuméfier.

Mais quelle liaison trouverons-nous entre cet engorgement des ganglions du cou, si grave, si aigu, par lequel a débuté la maladie, et l'hématurie et l'hydropisie qui l'ont suivi? N'y a-t-il eu qu'une coïncidence?

Le sang que l'enfant rendait par la verge venait évidemment des reins; car s'il avait été sécrété par la vessie ou par quelque autre point des canaux urinaires, il y aurait eu de l'urine mêlée au sang, il n'y aurait pas eu au début suppression complète de la sécrétion urinaire, et, plus tard, un état tout opposé, grande abondance, état aqueux de l'urine, etc.

La marche rapide de la maladie ne permet de supposer aucune lésion organique profonde du tissu des reins : il y a donc toute probabilité que nous avons en affaire simplement à une congestion hémorrhagique des reins, et à une congestion simple; car s'il y eût eu néphrite ou hémorrhagie interstitielle, la guérison et le retour de la sécrétion urinaire n'eussent pas été aussi rapides, aussi complets, et le traitement employé eût été sans doute plus nuisible qu'avantageux; et n'oubliez pas l'absence de fièvre, les premiers jours, l'absence de douleur aux lombes, aux régions iliaques, dès qu'une exploration un peu profonde en put être faite. Appellerez-vous cela *maladie de Bright*? Mais quelle différence y a-t-il entre une maladie de Bright, à son début, et une congestion du rein? On n'a pu le dire encore. Et probablement, si c'eût été une maladie de Bright, c'est-à-dire s'il y avait eu tendance aux modifications organiques qui constituent cette maladie, on n'en fût pas venu aussi aisément à bout. Quant à l'urine, elle paraissait albumineuse, et encore fort peu pendant qu'elle contenait du sang; lorsque ce dernier eut disparu, on n'y trouva plus d'albumine.

Quel a été le mode d'action des moyens thérapeutiques employés? Il est difficile de le dire. Il est certain que leur administration a été suivie d'une amélioration bien prononcée, et fort inattendue, de la diminution de l'hydropisie, et surtout d'une modification complète de l'état général,

plus tard de la cessation de l'hématurie. Il y eut d'abord une diarrhée assez abondante, mais de courte durée; il n'y eut point de sueurs, ni aucun autre phénomène d'apparence critique. A l'époque où j'eus à combattre des accidents si graves, et que je croyais inévitablement mortels, il n'était plus possible de recourir aux émissions sanguines : je pensai qu'il n'y avait autre chose à faire que d'essayer d'agir d'une façon quelconque sur les reins eux-mêmes, dans l'espoir de modifier leur état pathologique. Est-ce ainsi que les choses se sont passées?

MAX. DURAND-FARDEL.

UN MOT SUR LES DÉFORMATIONS DU BASSIN QUI S'OPPOSENT A LA TERMINAISON NATURELLE DES ACCOUCHEMENTS. — CÉPHALOTRIBSIE PRATiquÉE DEUX FOIS AVEC SUCCÈS CHEZ LA MÊME FEMME.

La clinique d'accouchements de Paris vient de nous fournir dans le même temps trois exemples remarquables de déformation du système osseux. Tous trois ont en ou devront avoir des conséquences bien différentes sur l'accouchement, quoiqu'en apparence, et aux yeux du vulgaire, ils semblent revêtir les mêmes caractères. Trois femmes enceintes, à des termes bien différents, sont entrées à l'hôpital à la même époque; l'une d'elles, au terme de sa grossesse, aussi déformée que possible, est accouchée cependant spontanément et très-heureusement de son huitième enfant, tandis que chez une des deux autres, peut-être moins mal conformée en apparence, on a été obligé de perforer le crâne de l'enfant et de pratiquer la céphalotribsie pour l'extraire. Chez la troisième, l'accouchement prématuré artificiel sera pratiqué, afin d'éviter, à terme, l'emploi de moyens dangereux pour la mère, et surtout afin d'éviter la dure nécessité de sacrifier l'enfant.

Cette différence dans les résultats est due à ce que la déformation des os a porté sur le bassin chez les deux dernières femmes, et qu'elle n'avait pas altéré les formes ni les dimensions de ce canal chez la première. Du reste, ces résultats si différents pouvaient être prévus, avant même l'examen et la mensuration du bassin. La simple inspection des sujets permettait de porter à l'avance le pronostic qui s'est réalisé. Il a suffi pour cela de mettre en application le principe posé par M. J. Guérin, que l'expérience de chaque jour vient confirmer, savoir, que toutes les fois que le rachitisme n'a porté que sur la colonne vertébrale et pas sur les membres inférieurs, il est rare que le bassin lui-même soit vicié; comme aussi qu'il est presque impossible que ce

canal osseux ne soit pas plus ou moins déformé quand les extrémités inférieures sont courtes et déformées.

C'est dans le premier genre qu'il faut ranger la première femme, qui est accouchée spontanément; chez elle, le rachitisme n'avait déformé que la colonne vertébrale : les membres inférieurs étaient longs et droits. Si, dans des cas analogues, on a quelquefois été obligé d'intervenir au moment de l'accouchement, et même par l'opération césarienne, cela ne dépendait pas le plus ordinairement de ce que le bassin avait subi quelques déformations, mais bien de ce que la colonne vertébrale, recourbée sur le détroit supérieur, en obstruait plus ou moins l'entrée. Cette exception, qui est rare, est loin de détruire la règle.

Les deux dernières femmes appartiennent à la seconde catégorie; elles ont les membres inférieurs plus ou moins courts, plus ou moins déformés; le buste est au contraire assez droit, et plus développé que ne le ferait supposer la petitesse des sujets. Aussi les bassins de ces deux femmes sont-ils notablement rétrécis. M. P. Dubois se propose de pratiquer sur l'une l'accouchement prématuré artificiel. Chez l'autre, l'accouchement n'a pu être terminé que par la perforation du crâne et l'application du céphalotribe. Je vais entrer dans quelques détails sur cette dernière opération, que M. Dubois a exécutée avec son habileté reconnue, et présenter quelques considérations qui découlent du sujet.

La nommée Pirard se présenta à terme à la clinique d'accouchements de Paris, dans le courant de janvier 1841, pendant que j'étais encore en exercice comme chef de clinique. Cette femme n'a commencé à marcher qu'à trois ans, et c'est à cette époque que ses jambes se sont courbées et qu'une déviation de la colonne vertébrale est survenue : les jambes sont courtes, mais la brièveté porte surtout sur les fémurs; les mains sont très-développées, et les bras présentent plus de longueur qu'ils ne devraient en avoir, eu égard à la petitesse de l'individu. Enfin le bassin n'offre d'étendue dans le diamètre antéro-postérieur, que deux pouces huit lignes. Lorsqu'elle entra à l'hôpital elle était parvenue au terme de sa grossesse; il n'était donc plus possible, d'après le degré de rétrécissement du bassin, de songer à l'accouchement prématuré artificiel qui aurait pu ménager les intérêts de la mère et ceux de l'enfant. Il ne restait plus que deux ressources extrêmes, l'opération césarienne ou la mutilation du produit.

C'est dans ces circonstances que, le 30 janvier 1841, les membranes se rompirent et que le travail se déclarant, le produit se présenta par l'extrémité pelvienne; on ne dut dès lors songer qu'à extraire le produit par les voies naturelles. Le pelvis, le tronc de l'enfant furent engagés sans trop de difficultés, mais la tête s'arrêta au détroit supérieur, et

toute tentative pour l'engager devint inutile. Je pus dans cette occasion apprécier toute l'impossibilité d'une application du forceps qu'on tenterait de faire sur une tête retenue au détroit supérieur, le tronc s'étant engagé le premier, quoique cette application impraticable soit encore conseillée de nos jours par des auteurs qui se disent praticiens.

M. P. Dubois n'eut pas un seul instant l'idée de faire une semblable application soit du forceps, soit du céphalotribe, avant d'avoir séparé la tête du tronc, et extrait le tronc le premier. Comment, en effet, introduire les branches de ces instruments, embrasser la tête au-dessus du détroit supérieur, et articuler ces branches, quand le tronc de l'enfant bouche exactement l'excavation? La détroncation ne présenta pas de sérieuses difficultés, quoique la tête fût très-élevée. M. P. Dubois la pratiqua avec les grands ciseaux courbes sur leur plat. Cela fait, il introduisit les ciseaux de Smellie et opéra la perforation de la tête; mais l'instrument avait pénétré par la face, et la masse cérébrale ne put être évacuée : il fallut recourir au céphalotribe pour opérer la réduction de la tête. L'extraction, faite avec ménagement, ne compromit pas l'intégrité des organes maternels; la malade, après quelques accidents de métro-péritonite, se rétablit parfaitement et sortit de l'hôpital en assez bon état. Cependant le bruit courut qu'elle avait succombé en ville.

Il n'en était rien, car deux années après, et dans le même mois de janvier, la voilà qui revient aujourd'hui, encore enceinte et à terme, réclamer à la clinique les secours de l'art. Il est bien à regretter que cette femme n'ait point écouté la recommandation qui lui avait été faite, de se présenter, si elle redevenait enceinte, bien avant le terme de sa grossesse, on aurait pu songer alors à l'accouchement prématuré artificiel, et l'on aurait pu avoir quelque espoir d'obtenir un enfant vivant sans compromettre les jours de la mère.

Mais dans l'état des choses, il a fallu accepter encore, dans cette seconde grossesse, la position fâcheuse telle que l'incurie de cette femme l'a faite.

M. P. Dubois a eu un instant l'idée de pratiquer la symphyséotomie, afin de concilier, autant que possible, les intérêts de la mère et ceux de l'enfant. Mais le peu d'étendue du bassin devant obliger de recourir à l'application du forceps après que la section pubienne aurait été faite, et cet engagement forcé de la tête avec le forceps étant de nature à compromettre la vie de l'enfant à cause de la compression exercée sur cette tête, et celle de la mère par le grand écartement que subissent les symphyses sacro-iliaques, ce professeur a renoncé à cette opération. D'ailleurs, d'autres circonstances sont venues l'obliger à ne pas suivre d'autre détermination que celle qu'il avait prise. La femme souffrait

déjà depuis vingt-quatre heures ; le col n'était pas dilaté, mais les membranes étaient rompues, et le liquide s'était écoulé en totalité et à tel point, que le produit volumineux se dessinait à travers les parois abdominales. De plus, la tête, au lieu de s'engager un peu dans le détroit supérieur par son sommet, restait très-élevée, et rejetée vers la fosse iliaque droite ; et l'orifice restait épais, non dilaté, malgré des douleurs assez vives, comme cela a lieu quand la tête est retenue très-élevée au-dessus de l'orifice, par le rétrécissement des os. Il fallait donc attendre que la dilatation du col permit au moins l'introduction de l'instrument.

Le 17 janvier 1843, à huit heures du soir, M. P. Dubois fit, au crâne, une perforation sur l'enfant *vivant* ; mais le col n'étant pas encore assez dilaté, il remit au lendemain à pratiquer la céphalotripsie. Le 18 au matin, il appliqua le céphalotribe. Cette opération présenta d'assez grandes difficultés, parce que la tête était fort élevée, que l'orifice n'était pas encore dilaté complètement, que les contractions utérines étaient énergiques ; de plus, que la tête était perforée. Dans ce dernier cas, en effet, la flaccidité du cuir chevelu ne permet pas de le distinguer facilement de l'orifice utérin, et exige une grande habitude pour bien diriger les branches de l'instrument. Cette circonstance, M. P. Dubois fut à même de l'apprécier pendant l'opération, et elle aurait certainement embarrassé tout autre que lui.

Aussi, je répéterai ce que j'ai déjà avancé, qu'il me paraît préférable de ne pas perforer le crâne quand on doit appliquer le céphalotribe, cet instrument suffisant très-bien à lui seul et à opérer la rupture du cuir chevelu et l'extraction de la tête. On pourra m'objecter cependant que, lorsque le cuir chevelu se rompt sous la pression du céphalotribe, les esquilles des os du crâne, qui saillaient par cette ouverture, labourent les organes maternels, quand cette rupture s'est opérée latéralement ; tandis que dans une perforation faite par l'opérateur, l'ouverture du crâne répond en bas et au centre du bassin, et qu'alors les esquilles risquent bien moins de léser les tissus de la mère.

Rien n'est plus vrai ; mais dans ce cas, il est facile d'éviter cet inconvénient, et de rendre en même temps l'application du céphalotribe plus facile ; il suffit, pour cela, de ne perforer le crâne qu'après que la tête aura été saisie par le céphalotribe, et avant, bien entendu, qu'elle n'ait été comprimée par cet instrument. On pourrait, pour cela, se servir d'un perforateur droit ou légèrement courbe, ou du céphalotribe perfectionné par M. Finizio.

La première branche de l'instrument a été la plus difficile à appliquer ; la deuxième a présenté moins de difficulté dans son introduction. Mais par suite d'une anté-version très-prononcée, la tête ne fut

saisie qu'imparfaitement, et l'instrument lâcha prise. M. Dubois fit alors réduire l'anté-version par un aide, puis, reportant les manches des cuillers plus en arrière, il parvint à saisir la tête assez solidement, quoiqu'elle fût prise imparfaitement. La femme a peu souffert pendant cette opération, et l'on doit bien plutôt attribuer les accidents qui se sont manifestés après l'opération, à la prolongation du travail préparatoire qu'à la céphalotribsie elle-même.

La malade est aujourd'hui parfaitement rétablie.

J'ai dit que la perforation du crâne avait été faite sur l'enfant vivant, et certes c'est, à mon sens, dans un cas semblable, le seul parti raisonnable qu'on ait à prendre. Cette opinion, que je m'efforçais seul de faire prévaloir depuis longues années, vient enfin d'être consacrée par l'exemple de M. Dubois. C'est un parti extrême que l'humanité repousse, et devant lequel a reculé si longtemps notre habile professeur; mais n'est-ce pas le plus sage? En effet, malgré ce qu'il y a de pénible à sacrifier un enfant vivant, on ne doit pas cependant hésiter; car si on attend, pour agir sur l'enfant, qu'il ait cessé de vivre, on ne le tue pas, il est vrai, mais on le laisse mourir, ce qui revient exactement au même. Mais la mort de l'enfant peut se faire beaucoup attendre, et pendant ce temps, la femme reste en proie à toutes les douleurs, à toutes les angoisses d'un travail infructueux; sa vie peut être compromise, sinon immédiatement, du moins par les conséquences fâcheuses d'un travail trop prolongé. Et, l'on éterniserait les douleurs de la mère, on l'exposerait à tant de dangers, pour ne pas porter atteinte à la vie d'un enfant, dont la viabilité est déjà compromise, et dont on attend la mort à chaque instant?

En vérité, la conduite de nos voisins d'outre-mer me semble bien plus raisonnable: quand l'accouchement est réputé impossible, quand tous les moyens compatibles avec le salut de l'enfant ont été employés sans succès, ils n'hésitent pas à agir sur l'enfant en temps utile, et par une *sensiblerie* qu'on ne peut comprendre, ils ne sacrifient pas la mère par une expectation inutile et coupable. On comprend cependant que, réduit à une semblable nécessité, l'accoucheur ne devra agir qu'après avoir pris l'avis de plusieurs confrères.

Que se serait-il passé dans le cas qui nous occupe, si M. P. Dubois eût attendu la mort de l'enfant? la mère se serait-elle aussi facilement rétablie? on est en droit d'en douter; car, après quarante-huit heures de travail, l'enfant était encore vivant; douze ou vingt-quatre heures d'expectation de plus n'auraient peut-être pas suffi à éteindre sa vie, et auraient presque certainement compromis ultérieurement celle de la mère.

Enfin, ce succès, obtenu deux fois sur la même femme, dont le bassin

est aussi vicié (2 pouces 8 lignes), ne vient-il pas, réuni aux succès déjà assez nombreux que l'art possède, parler hautement en faveur du céphalotribe? ne vient-il pas infirmer les déclamations de certains accoucheurs inhabiles à manier cet instrument, et qui lui attribuent les accidents fâcheux dont leur impéritie seule est la cause? Oui, je ne crains pas de le répéter, si l'on s'est cru en droit jusqu'à ce jour de faire tant de reproches au céphalotribe, si son application a été aussi souvent suivie d'accidents fâcheux pour la mère, soit que ces accidents se soient manifestés pendant l'opération, ou dans les suites de couches, cela dépend uniquement des circonstances dans lesquelles on applique cet instrument, de l'inhabileté de ceux qui l'ont employé, et surtout de ce qu'on se croit obligé d'attendre la mort de l'enfant pour agir, alors que la mère épuisée est souvent déjà frappée des symptômes d'une affection terrible, qui doit l'enlever en quelques heures.

CHAILLY-HONORÉ.

---

## CHIMIE ET PHARMACIE.

---

DE L'ACTION DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE ET DES CYANURES ALCALINS  
SUR LES PROTOSELS DE MERCURE EN GÉNÉRAL ET SUR LE PROTO-  
CHLORURE DE MERCURE EN PARTICULIER.

Dans le but d'apprécier sous quel état chimique les composés métalliques introduits dans l'économie humaine pénètrent dans le sein de nos organes, je me livre depuis longtemps à des recherches analytiques qui m'ont déjà conduit à poser quelques-unes des règles qui président à l'absorption animale, ainsi qu'à proclamer quelques préceptes thérapeutiques nouveaux, qui ont été accueillis avec bienveillance. Les résultats chimiques qu'on va lire font partie de ces recherches; je m'empresse de les livrer à la publicité, à propos de l'empoisonnement par l'eau de laurier-cerise et le calomel qui a eu lieu à Montpellier dans le courant de l'année dernière.

Un médecin prescrit à une jeune fille de huit mois environ la potion suivante :

Prenez :	Eau de cerises noires. . .	120 grammes.
	Sirop de Tolu. . . . .	30 grammes.
	Myrrhe. . . }	
	Calomel. . . }	ana . . . 1 gramme.
	Laudanum, gouttes. . n°	iii



Le pharmacien chargé de l'exécution de cette ordonnance substitue de l'eau de lanrier-cerise à l'eau de cerises noires. On donne à l'enfant une demi-cuillerée à café de cette potion, et aussitôt il pousse un cri, renverse sa tête en arrière et est agité par des convulsions. On appelle d'erechef le médecin, il arrive aussitôt, mais l'enfant expire à l'instant. Dix minutes s'étaient à peine écoulées depuis l'administration du remède.

L'ouverture du corps, pratiquée par MM. les docteurs René et Vaillhé, n'offre de remarquable qu'une injection à la muqueuse gastrique, vers le pylore et le long de la grande courbure. Cette injection s'étend dans le duodenum et y présente une couleur rouge plus foncée. Les autres régions du tube digestif étaient dans l'état normal.

La moitié de la potion trouvée chez le père de l'enfant décédé fut remise à MM. les docteurs René et Vaillhé, et expérimentée par eux sur des animaux; ils conclurent qu'elle devait son action toxique à la présence de l'acide prussique. L'analyse de la même potion, faite par MM. Gerhardt et Martin, professeurs de chimie, conduisit ces deux derniers à adopter la même opinion.

L'opinion des chimistes de Montpellier n'a-t-elle pas été formulée d'une manière trop exclusive? nous le pensons. Est-il permis de négliger l'action des composés mercuriels auxquels l'acide cyanhydrique donne naissance alors qu'il est mis en contact avec le protochlorure de mercure? Nous ne le pensons pas... Nous nous croyons même autorisé à penser le contraire, en nous basant sur leurs propres recherches.

Ils ont vu que le calomel déposé dans la potion était gris noirâtre; que la potion était très-acide; qu'elle contenait un peu de sublimé; qu'elle était beaucoup plus active huit jours après sa préparation, activité qu'ils ont à tort, selon nous, attribuée à la faiblesse de l'animal sur lequel ils expérimentaient, comme nous le démontrerons plus tard.

Je dois faire remarquer, avant d'aller plus loin, que l'opinion sur la cause de l'intoxication, que je viens de rapporter, n'a pas été partagée par tous les praticiens, et M. Laharpe, médecin à Lausanne, entre autres, a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* la relation d'un accident analogue au précédent, et dont une fille de six ans a failli être victime. Il s'agit ici d'une émulsion d'amandes additionnées de calomel et d'eau de cerises noires, dont la saveur était tellement désagréable que la malade refusa obstinément de la prendre. La potion avait une saveur détestable, se rapprochant de celle du sublimé. M. Béanger, pharmacien, voulut se rendre compte des réactions chimiques qui avaient dû avoir lieu entre le calomel et l'eau de cerises noires. Il s'occupa en conséquence de l'action de l'acide cyanhydrique sur le protochlorure de mercure, et voici les principales conclusions de son travail :

1° La liqueur qui surnage ne perd pas sensiblement de son odeur, mais elle prend un goût métallique très-prononcé ;

2° Une lame de cuivre décapée réduit le mercure à sa surface ;

3° Quelques gouttes évaporées sur une plaque de cuivre laissent un résidu blanc salin ;

4° L'hydrosulfate d'ammoniaque forme dans la liqueur un précipité noir ;

5° L'eau de chaux et l'hydriodate de potasse n'y produisent aucun précipité (absence du sublimé).

6° Le nitrate d'argent donne un précipité blanc nuageux qui dépose lentement, ne se dissout pas dans l'acide nitrique lorsqu'il est humide, mais est soluble dans le même acide concentré après une dessiccation préalable (décomposition à l'air). Le précipité, exposé humide à la lumière, prend très-promptement une couleur chocolat.

*Donc le sel mercurique dissous n'est pas un chlorure.*

7° En évaporant lentement une certaine quantité de la dissolution hydrargyrique, on obtient un sel cristallisé en aiguilles, très-soluble dans l'eau et insoluble dans l'éther.

8° Le sel mercurique traité par la potasse caustique et l'hydrochlorate de peroxyde de fer fournit un précipité de bleu de Prusse.

*Donc il se forme du cyanure mercurique.*

Quant à la théorie de l'action chimique dont il vient d'être question, M. Béranger pense *tout bonnement* que la portion de chlore déplacée s'unit au cyanogène pour former de l'acide chlorocyanique, explication bien pauvre, et qui, il faut le dire, a été peu élucidée par l'examen critique auquel M. Laharpe l'a soumise. Aussi n'est-ce point par la partie théorique de la question que la lettre de ce praticien distingué brille, mais par les conclusions thérapeutiques qu'il croit pouvoir en faire découler, en s'appuyant surtout sur le fait d'intoxication arrivé à Montpellier, conclusions que nous allons rapporter dans leur entier :

« 1° Si la jeune fille de Montpellier a malheureusement été empoisonnée, il ne faut en accuser ni l'eau de laurier-cerise ni l'acide prussique, mais bien le sel de mercure formé par sa présence ;

« 2° Ce malheur ne doit être imputé ni au médecin ni au pharmacien, mais à la science, qui ne nous avait point encore révélé l'action puissante de l'acide prussique sur le calomel ;

« 3° L'action de cet acide sur ce composé est telle qu'il faut bien se garder, non-seulement de mettre en contact ces deux corps dans la même potion, mais encore de les administrer successivement à quelque distance l'un de l'autre. »

Qu'il me soit permis de faire remarquer que M. Laharpe a eu tort

d'accuser la science de n'avoir pas révélé *l'action puissante de l'acide prussique sur le calomel*. La science en avait certainement appris assez aux praticiens pour qu'il ne leur soit pas permis de faire retomber sur elle le malheur qui a été causé par cette malencontreuse association, ainsi qu'il me sera facile de le démontrer en jetant un coup d'œil rapide sur l'historique de cette réaction curieuse, intéressante à la fois sous les rapports chimique et thérapeutique.

L'action des composés prussiques sur le calomel, bien qu'ayant été dès longtemps aperçue par divers pharmaciens durant la confection de certains médicaments, n'avait jamais attiré l'attention spéciale des chimistes avant l'année 1829, époque à laquelle M. Eugène Régimbeau publia que lorsque dans un looch blanc on interpose du mercure doux, le liquide prend peu à peu une couleur grisâtre et laisse déposer une poudre noire au fond de la bouteille, effet qui ne se produit pas quand on supprime les amandes amères, c'est-à-dire lorsque l'émulsion ne renferme pas d'acide prussique.

Dans cette réaction, suivant M. Régimbeau, l'hydrogène de l'acide hydrocyanique se porte sur le chlore du protochlorure de mercure, et donne lieu à une certaine quantité d'acide hydrochlorique; il doit aussi se former un peu de cyanure mercuriel, tandis que le mercure en excès se précipite dans un état de division extrême.

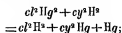
M. Soubeiran fit remarquer avec juste raison que les phénomènes chimiques auxquels donnent lieu l'acide hydrocyanique et le mercure doux sont beaucoup plus compliqués que ne le pensait M. Régimbeau, mais il eut le tort de croire que la poudre grise qui en résulte ne contient pas de mercure métallique.

Dix ans plus tard, M. Deschamps, d'Avallon, publia une série d'expériences chimiques sur l'action des amandes amères sur le mercure doux; expériences dans lesquelles il suivit pied à pied, au point de vue théorique, les errements de M. Soubeiran. Il établit, de plus, qu'il serait très-dangereux de faire des préparations médicinales avec des amandes amères, parce que ces corps donnent naissance à du bichlorure de mercure, à du trichlorure de mercure, ainsi que M. Soubeiran l'avait établi, mais que de plus il se forme de l'hydrochlorate d'ammoniaque qui protège ces corps.

Je le demande maintenant, les données chimiques que je viens de rapporter, bien que n'étant pas entièrement exemptes d'erreurs, n'étaient-elles pas suffisantes pour interdire aux praticiens l'idée d'associer une préparation prussique au calomel?

Toutefois, il faut en convenir, ce sujet important n'avait cependant pas été convenablement étudié; aussi espérons-nous que les résultats qui vont être exposés seront accueillis avec quelque intérêt.

*Action de l'acide cyanhydrique sur le protochlorure de mercure.* — Il résulte incontestablement de mes recherches que, lorsqu'on fait réagir un excès d'acide prussique sur du mercure doux, et qu'on a soin d'aider la réaction par une agitation convenable, le calomel ne tarde pas à être entièrement décomposé. Il se produit d'abord de l'acide hydrochlorique, du bichlorure de mercure et du mercure métallique, ainsi que le démontre la réaction suivante :



c'est-à-dire qu'un équivalent de calomel en réagissant en présence d'un équivalent d'acide prussique, donne naissance à un équivalent d'acide hydrochlorique, à un équivalent de cyanure mercurique, et qu'un équivalent de mercure métallique est mis en liberté, et cela parce qu'il n'existe pas de cyanure de mercure correspondant au protochlorure (1).

A cette réaction si simple en succède une autre qui, bien que très-simple aussi, n'a pas peu contribué à cacher la véritable réaction que je viens d'énoncer. C'est qu'une fois que cette réaction primordiale est terminée, et même avant, l'acide chlorhydrique et le cyanure mercurique réagissent mutuellement de manière à produire du bichlorure de mercure et de nouveau de l'acide cyanhydrique; mais cette décomposition n'est jamais que partielle, l'action décomposante de l'acide hydrochlorique ne tardant pas à être contrebalancée par l'affinité bien connue du cyanogène pour le mercure.

Le produit définitif de la réaction est donc du bichlorure de mercure, du bichlorure de mercure, de l'acide hydrochlorique et de l'acide hydrocyanique, plus du mercure métallique. Enfin ce mélange renferme, en outre, des traces d'ammoniaque et d'acide formique, provenant l'un et l'autre de l'action réciproque de l'acide cyanhydrique et de l'eau. La proportion d'ammoniaque formée est presque insignifiante, et, sans contredit, insuffisante pour produire une proportion d'hydrochlorate d'ammoniaque susceptible de protéger les cyanure et chlorure mercuriques, ainsi que M. Deschamps l'a pensé. S'il en était autrement, l'action du produit serait, au contraire, notablement diminuée, puisque l'ammoniaque prend naissance aux dépens des éléments de l'acide prussique.

M. Beranger de Lausanne nie que le produit de la réaction du calomel

(1) Un fait digne de remarque, c'est que le cyanogène, composé isomorphe, avec le chlore, le brome et l'iode, se comporte, comme on voit, avec les protoels de mercure, absolument de la même manière que l'oxygène, le soufre et le sélénium, avec lesquels il n'offre, du reste, aucune autre analogie d'action chimique.

et de l'acide prussique contienne du sublimé, parce que ce dernier corps est décomposé par les alcalis, et que le produit en question ne l'est pas. M. Beranger n'a pas fait attention que le bichlorure de mercure additionné d'une quantité suffisante d'acide cyanhydrique cesse d'être visiblement influencé par les oxydes alcalins, attendu qu'au fur et à mesure que l'oxyde mercuriel est mis en liberté, il se combine avec l'acide prussique et forme un composé (cyanure de mercure) sur lequel les alcalis n'ont aucune action ; or, c'est précisément là le cas du mélange qui nous occupe.

M. Beranger donne également comme preuve de l'absence totale du sublimé dans ce produit, la non-précipitation par l'iodeure de potassium ; mais cette assertion est totalement fautive ; ce dernier réactif y détermine, au contraire, un abondant précipité rouge de bi-iodeure de mercure.

Voici, du reste, une expérience capitale qui prouve d'une manière irréfutable que la composition que j'assigne au mélange chloro-cyano-mercurique est bien réelle : quand on traite ce composé à plusieurs reprises par de l'éther sulfurique pur, ce dernier véhicule enlève, outre tout l'acide hydrocyanique libre, une proportion très-marquée d'un sel de mercure que les réactifs font aisément reconnaître pour du sublimé corrosif ; tandis que l'expérience démontre que la partie du produit sur laquelle l'éther a épuisé son action dissolvante, retient une proportion de bicyanure de mercure sensiblement égale à la proportion de sublimé enlevée par l'éther. Ce produit retient de plus une assez forte quantité d'acide hydrochlorique. On peut donc affirmer que la liqueur chloro-cyano-mercurique en question renferme certainement de l'acide hydrocyanique, de l'acide hydrochlorique, du bicyanure de mercure et du bichlorure de la même base.

L'acide cyanhydrique se comporte, du reste, d'une manière analogue avec tous les protoxels de mercure, ainsi que je m'en suis convaincu par l'expérience. Avec le protobromure de mercure il donne du bicyanure et du bibromure, de l'acide cyanhydrique et de l'acide bromhydrique et du mercure métallique. Avec le protoiodure il se comporte de même, à cette différence près, que la proportion de cyanure est moindre et la proportion d'iodeure plus considérable, et cela à cause du peu de solubilité de l'iodeure mercurique.

Les oxydes de protoxyde de mercure sont aussi totalement décomposés par l'acide cyanhydrique, et transformés en entier en bicyanure et en mercure métallique, l'oxyde mis en liberté n'ayant, en général, pas comme les hydracides précités, la propriété de décomposer en partie le bicyanure de mercure.

*Action des cyanures alcalins sur les protosels de mercure. —*

L'action des cyanures alcalins sur les protosels de mercure en général, et sur le protochlorure en particulier, est absolument semblable à l'action primordiale qui a lieu entre ces mêmes corps et le cyanure d'hydrogène ou acide prussique ; il se forme un nouveau sel alcalin, du bichyanure de mercure, et la moitié du mercure contenu dans le protosel se trouve mise à nu et se précipite.

*Action de l'acide cyanhydrique sur les deutoseles de mercure. —*

L'acide cyanhydrique exerce-t-il une action décomposante sur les deutoseles de mercure ? L'acide prussique est un acide tellement faible, que très-probablement peu de chimistes répondraient par l'affirmative. Cette action remarquable est cependant très-certaine et très-facile à démontrer ; il suffit pour cela d'ajouter à une dissolution mercurique quelques gouttes d'acide cyanhydrique pour déplacer instantanément une certaine proportion du corps électro-négatif combiné avec le mercure, et pour produire une quantité correspondante de cyanure mercurique.

Ce phénomène est surtout aisé à mettre en évidence avec le sublimé corrosif.

Vient-on, en effet, à verser quelques gouttes d'acide prussique dans une dissolution aqueuse de bichlorure de mercure, une double décomposition partielle a immédiatement lieu ; il se forme une certaine quantité de cyanure de mercure et une quantité correspondante d'acide chlorhydrique, ainsi que le démontrent les expériences suivantes. La dissolution chloromercurique, avant l'addition de l'acide, était aisément et complètement décomposée par une lame de cuivre ; très-difficilement et incomplètement après. Avant l'addition cyanhydrique elle rougissait très-peu le papier de tournesol, et beaucoup après.

Enfin, le produit de l'action de l'acide cyanhydrique sur le chlorure mercurique, épuisé par l'éther sulfurique, qui lui enlève la portion de sublimé et d'acide prussique indécomposée, renferme de l'acide chlorhydrique et du cyanure mercurique, ainsi que je m'en suis assuré par la voie de l'expérimentation.

En résumé, l'action décomposante de l'acide cyanhydrique sur les sels de mercure est plus grande qu'on ne l'avait soupçonné jusqu'ici ; mais les phénomènes chimiques qui ont lieu entre cet acide et les deutoseles, curieux sous le rapport chimique, n'offrent rien d'intéressant examinés au point de vue de la thérapeutique des mercuriaux : il n'en est pas de même de l'action réciproque de ce corps et des protosels de mercure en général, et surtout du protochlorure.

La réaction de l'acide prussique sur le calomel est même telle que je ne crains pas d'avancer ici que les produits qui en résultent doivent avoir

sur l'économie animale une action au moins double de celle de la proportion d'acide éyanhydrique qui leur a donné naissance. Pour démontrer la vérité de mon assertion, il me suffira de faire observer que 100 parties d'acide hydrocyanique renferment 96,36 de cyanogène, tandis que 100 parties de bichlorure de mercure n'en contiennent que 20,67, c'est-à-dire près de cinq fois moins; d'où l'on voit que 100 parties d'acide prussique contiennent assez de cyanogène pour qu'en agissant sur un excès de calomel, il puisse se produire près de 500 parties de cyanure mercurique, lequel, décomposé par de l'acide chlorhydrique, peut reproduire 100 parties d'acide prussique, et près de 400 parties de sublimé corrosif; or, c'est précisément là le fait de la réaction qui nous occupe.

Le cyanure provenant du calomel décomposé reproduit immédiatement, comme il a été établi plus haut, une partie de l'hydracide qui lui a donné naissance, et la reproduction est très-probablement totale après son ingestion dans l'estomac, l'acide hydrochlorique continuant son action décomposante sur la partie de cyanure indécomposé, au fur et à mesure que l'acide éyanhydrique, dont la présence paralyse son action, est absorbé.

Comment peut-il donc se faire que des chimistes aussi distingués que MM. Gerhardt et Martin aient pu conclure de leurs expériences que l'eau de laurier-cerise de l'accusé était vénéneuse au même degré que la potion incriminée; qu'elle déterminait les mêmes symptômes d'empoisonnement?...

Toutefois, comme un examen approfondi de leur rapport, examiné au point de vue chimique, m'entraînerait trop loin, je me contenterai seulement de revenir un instant sur la remarque physiologique que j'ai mentionnée au commencement de ce mémoire.

MM. Gerhardt et Martin ayant administré à un lapin, huit jours après leurs premières recherches, une cuillerée de la potion incriminée, virent l'animal tomber comme frappé de la foudre et mourir en moins d'une demi-minute. Tandis qu'une égale quantité de la même potion donnée à des animaux semblables, huit jours auparavant, n'avait déterminé la mort qu'après deux et même trois minutes d'agonie. Il est vrai de dire que ces chimistes ajoutent : que le dernier lapin leur *parut* plus jeune que les précédents. Mais la véritable explication, c'est que l'énergie toxique de la potion allait toujours croissant, à mesure que la réaction chimique s'accomplissait, et c'est dans ce fait seul que MM. les experts auraient dû trouver la cause de la différence des résultats physiologiques qu'ils observaient.

Qu'il me soit donc permis, en terminant ce travail, d'engager tous

les praticiens de ne plus associer à l'avenir les protocels de mercure et notamment le calomel, à quelque dose que ce soit, avec l'acide prussique, ni avec aucune préparation qui en renferme; l'expérience m'ayant appris qu'une très-faible dose de mercure doux est suffisante pour épuiser totalement l'action décomposante de la plus forte proportion d'acide cyanhydrique qu'il soit raisonnablement permis d'administrer à l'homme.

L. MIALHE.

---

### CORRESPONDANCE MÉDICALE.

---

#### COLIQUE SATURNINE, SUITE DE L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DE L'ACÉTATE DE PLOMB.

La colique de plomb est une affection si commune qu'il n'est peut-être pas de praticien qui n'ait eu l'occasion de l'observer plusieurs fois, même dans le cours d'une pratique peu étendue. Mais les observations consignées dans les traités spéciaux, ou publiées par la presse médicale, se rapportent presque exclusivement à des entéralgies produites par l'action lente et continue des émanations du plomb chez des peintres, des fabricants de céruse, des potiers, etc. La colique produite par l'ingestion des préparations de plomb à doses thérapeutiques est au contraire tellement rare, qu'aujourd'hui encore bien des médecins se eroient fondés à la révoquer en doute. Cependant on trouve quelques faits de ce genre relatés par des auteurs dignes de foi. M. Chomel en cite plusieurs observations, dont deux lui sont propres. (*Dict. en 25 vol.*, art. COLIQUE.) Un autre cas qui appartient à M. Tanquerel, est consigné dans le t. XI du *Bulletin de thérapeutique*, p. 295. MM. Trousseau et Pidoux, qui paraissent être au nombre de ceux qui doutent, disent, après avoir cité cette dernière observation, « qu'elle serait concluante, si le patient n'eût pas été un peintre en bâtiments, un homme par conséquent exposé à contracter la colique saturnine indépendamment de l'administration intestérieure du plomb. (*Traité de thérapeutique*, t. II, p. 284.) »

L'observation que je vais rapporter est dégagée de cette cause d'erreur possible; car la personne qui en est le sujet n'exerçait pas une profession qui la prédisposât à contracter une maladie saturnine. En outre, la maison qu'elle occupait n'avait pas été récemment peinte, elle n'était pas non plus habitée par un peintre ou tout autre ouvrier faisant usage des préparations de plomb. Je signale cette dernière circonstance, parce que



j'ai observé, il n'y a pas un mois, une colique saturnine parfaitement caractérisée chez une femme dont le logement était séparé par une simple cloison de l'atelier d'un peintre en bâtiments. Ainsi donc, ici, on ne peut élever aucun doute dans l'étiologie de l'affection, qui, de toute évidence, a été le résultat de l'ingestion de l'acétate de plomb.

M. de S..., employé de l'administration des postes, doué d'une constitution éminemment nerveuse, et fort irritable, éprouvait depuis un certain temps quelques accidents qui lui avaient inspiré d'assez vives inquiétudes. Lorsqu'il réclama pour la première fois mes conseils, le 7 décembre 1840, il se persuadait être atteint à la fois d'une affection de la moelle épinière, et d'une maladie organique du cœur. Il ressentait une douleur vague le long du rachis, et particulièrement dans la région lombaire. La station prolongée le fatiguait, mais sa marche n'était pas gênée, et il n'éprouvait rien de particulier du côté des fonctions de la vessie et du rectum. Il était sujet à des palpitations assez violentes, irrégulièrement intermittentes, qui s'accompagnaient d'un sentiment d'anxiété, d'une douleur assez vive à la région précordiale, et d'un peu de dyspnée. Il me déclara qu'entre autres moyens de traitement, on l'avait mis à l'usage de l'acétate de plomb, que cette médication était dirigée contre un anévrysme avec dilatation du cœur, et qu'il la continuait depuis *plusieurs mois*. Il prenait tous les jours deux pilules de chacune 5 centigr. d'acétate de plomb, et en outre il portait sur la peau de la région précordiale un large emplâtre dans lequel on avait incorporé une certaine dose du même sel.

Après ce préambule, M. de S... me pria de l'examiner, ce que je fis avec d'autant plus d'attention, que je savais que ses inquiétudes étaient surtout fondées sur la déclaration qu'on lui avait faite, qu'il portait une affection organique. L'exploration plessimétrique et stéthoscopique ne me fournissant que des résultats négatifs, je crus pouvoir rassurer le malade, dont la constitution éminemment nerveuse et l'excessive irritabilité étaient en harmonie avec l'ensemble de symptômes qu'on observait chez lui. Je me bornai donc à lui conseiller le repos, l'usage des bains tièdes, une émulsion légèrement nitrée et quelques cuillerées de sirop de digitale avec un peu d'eau de laurier-cerise : je lui recommandai surtout de discontinuer l'emploi du plomb, en l'avertissant que l'usage trop prolongé de ce médicament, d'ailleurs inutile contre des désordres purement fonctionnels, pourrait bien finir par donner lieu à quelques-uns des accidents propres à l'intoxication saturnine.

Huit jours après, le 15 décembre, on vint m'appeler au milieu de la nuit. Je trouvai M. de S. en proie à d'horribles souffrances ; son visage exprimait une vive anxiété, et la douleur lui arrachait des cris aigus.

Il était couché sur le dos, les jambes et les cuisses fléchies, les bras et les poignets douloureusement contractés. Le ventre était plat, peu sensible à une forte pression, bien que le malade y éprouvât des douleurs intolérables. Ces douleurs, qui siégeaient particulièrement dans la région ombilicale, offraient des alternatives d'exacerbation et de rémission. La peau était sèche, le pouls *dur, lent et régulier*; la langue était humide et nette, mais les gencives présentaient le liséré bleuâtre auquel M. Tanquerel accorde, comme on le sait, une grande valeur dans le diagnostic des affections saturnines. Les selles, habituellement rares, étaient nulles depuis deux jours; le malade rendait seulement les lavements qu'il prenait. Tous ces symptômes avaient été en augmentant depuis l'avant-veille.

Je me prononçai pour une colique de plomb; mais mon diagnostic ayant rencontré de l'opposition de la part d'une autre personne, le traitement dut en conséquence se borner pendant deux jours à des moyens à peu près insignifiants. Mais le troisième jour, les symptômes étaient devenus tellement graves, qu'il me fut enfin loisible d'appliquer une thérapeutique en rapport avec la nature réelle de la maladie, et les indications bien tranchées qu'elle fournissait. Je prescrivis donc : huile de croton tiglium 8 gouttes, savon amygdal et poudre de rhubarbe ana, suffisante quantité pour faire 8 pilules, à prendre une toutes les heures jusqu'à effet purgatif. — Décoction sudorifique 1 litre.

Le lendemain, une amélioration bien marquée avait suivi trois ou quatre selles copieuses. Les douleurs de membranes et les tranchées abdominales avaient diminué d'intensité, mais l'insomnie et l'exaltation nerveuse persistaient, ainsi que les exacerbations intermittentes et l'catéralgie, qui étaient seulement un peu plus tolérables. Un de mes confrères que j'avais fait inviter à voir le malade avec moi, ayant préféré le traitement de la Charité à l'usage de l'huile de croton, je consentis à ce changement, d'autant plus volontiers que l'une et l'autre méthode m'avaient également bien réussi déjà. Je fis donc administrer les médicaments du deuxième jour du traitement de la Charité. Le 19 il y a eu plusieurs vomissements abondants et plusieurs selles liquides. Environ deux heures de sommeil pendant la nuit. Ce matin les douleurs ont considérablement diminué. La langue est toujours nette et le pouls lent, mais la peau est morte (prescription du troisième jour du traitement de la Charité) — un bain prolongé.

Le 20, trois selles copieuses hier, et une pendant la nuit. Les douleurs ont presque entièrement disparu dans l'intervalle des exacerbations, qui elles-mêmes sont réduites à peu de chose. Le malade a eu plusieurs heures d'un sommeil paisible. Diaphorèse. Prescription : potion purgative,

lavements avec 60 grammes d'huile de noix. Potages dans la journée.

Le 21, les douleurs sont à peu près complètement dissipées, et il n'y a plus que quelques légers ressentiments de temps en temps. Les jours suivants, les évacuations alvines se rétablirent, et M. de S. recouvra promptement son état de santé habituel.

Je pense que cette observation, qui ne peut laisser aucun doute dans l'esprit des praticiens, est de nature à prouver que les préparations saturnines ne sont pas toujours exemptes de danger, lorsque leur usage se prolonge au delà d'un certain temps.

CARRIÈRE,

Agrégé à la Faculté de Strasbourg.

SUR DEUX CAS D'ÉPILEPSIE TRAITÉS PAR LA MÊME MÉTHODE  
AVEC UN SUCCÈS DIFFÉRENT.

Depuis quelque temps, la thérapeutique est tellement en recherche de trouver un médicament capable de combattre l'épilepsie, qu'il est du devoir du praticien de publier tous les faits qui se rattachent à cette maladie. J'ai eu dernièrement occasion de faire quelques essais dont voici les résultats.

*Obs. I.* La femme M..., couturière, âgée de 44 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est mère de six enfants, que je connais tous, et qui sont plus ou moins scrofuleux et épileptiques. Sa fille aînée, depuis sa naissance jusqu'à l'âge de 21 ans, avait entraîné une existence pénible sous l'influence d'une ophthalmie chronique et d'attaques d'épilepsie, affections que l'on espéra en vain de voir disparaître à l'époque de la puberté; au contraire, à dater de cette époque, sans cesse sous l'empire de la frayeur et se croyant poursuivie par des diables et des fantômes, elle tomba dans la démençe, et fut, l'année dernière, se précipiter dans les eaux du Rhône, où elle se noya. Le fils aîné, âgé aujourd'hui de vingt ans, fut sujet, dès l'âge de onze ans, à des vertiges épileptiques, qui sont devenus de plus en plus terribles et rapprochés. Trois autres garçons, graduellement âgés de cinq, huit et onze ans, ont déjà quelques attaques d'épilepsie assez fortes. Reste une autre fille, appelée Joséphine M..., ayant atteint sa quinzième année, non encore réglée, d'une beauté et d'une intelligence remarquables, sujette aussi à l'épilepsie depuis sa naissance. Les accès surviennent à peu près trois fois par mois. L'aura epileptica est bien caractérisée chez elle. Le gros orteil droit est constamment le point du départ; elle y ressent une chaleur brûlante qui, vive et instantanée comme le fluide électrique,

envahit subitement la tête, et prive cette jeune personne de connaissance et de sentiment; c'est alors que tout son corps se raidit et se convulsionne d'une manière hidente. J'ai été plus de dix fois témoin de cet état déplorable. A la prière de sa mère, que la misère accable, j'ai reçu cette fille à mon service de l'hôpital, où elle est entrée le 6 novembre 1842. Voici le traitement qui a été mis en usage.

Du 7 au 12 novembre, la malade a pris, matin et soir, une pilule contenant 10 centigrammes de muse et autant de castoreum. Dans la journée du 12, il y a eu mal de tête, torpeur, malaise, inquiétude vague, pourtant point d'attaque.

Le 13, prescription de 1 gramme indigo et 1 gramme valériane sauvage mélangés, à prendre en trois prises égales dans le courant de la journée, incorporés dans du miel. La malade avale ce médicament sans accuser de répugnance. Le lendemain se déclarent quelques légères coliques suivies de trois à quatre selles bleuâtres, comme cela a toujours lieu après l'usage de l'indigo.

Le 17, 1 gramme indigo, 1 gramme assa-fœtida, en trois prises, dans la journée, incorporés dans du miel. La malade, croyant avaler de l'ail pourri, témoigne un peu d'aversion.

Le 22, 1 gramme indigo et 50 centigrammes muse.

Le 25, il y a céphalalgie, éblouissement, un peu de raideur dans les membres, horripilation, resserrement des mâchoires, hallucinations; tout porte à croire qu'il y a eu attaque incomplète, peut-être modifiée déjà par le traitement.

Le 26, 1 gramme indigo, 1 gramme assa-fœtida, 50 centigrammes castoreum mélangés, et à prendre comme à l'ordinaire.

Le 29, éclate une attaque à six heures du soir, débutant par une crampe du bras droit et non par l'orteil. Chose étonnante! et qui n'était jamais arrivée à la malade, elle sent venir son mal bien à l'avance, elle va se coucher, est comme dans un état de somnambulisme, elle parle, connaît, entend les personnes qui entourent son lit. Cette crise ne dure qu'une heure et demie, au lieu qu'autrefois elle se prolongeait sept à huit heures d'une rechute à l'autre.

Le 30, 1 gramme indigo, 50 centigrammes castoreum et valériane sauvage.

Le 4 décembre, 2 grammes d'indigo.

Le 8, la jeune malade qui, jusqu'alors, avait été l'objet d'une attention toute particulière de la part des dames, et qui avait été soumise à une alimentation tonique et substantielle, est obligée de sortir de l'hôpital pour aller soigner sa mère. Depuis lors, j'ai revu Joséphine plusieurs fois: elle n'a plus rien éprouvé. Aujourd'hui, sa guérison paraît radicale.

*Obs. II.* La nommée Thérèse Crouzet, d'une constitution forte, d'une taille remarquable, encore réglée malgré ses cinquante-six ans, mère de plusieurs enfants bien portants, est, depuis environ quatorze ans, atteinte d'épilepsie. Les attaques ont lieu maintenant tous les trois à quatre jours, et se prolongent d'une manière épouvantable. La malheureuse se ronge les poignets, se brise les dents, se mutile les lèvres et la langue; aussi sa physionomie est d'un aspect sinistre et rebutant. La cause de cette affection est ici bien connue. Thérèse Crouzet habite la campagne. Un jour, un enfant du voisinage, âgé de quatre ans, se laisse, en sa présence, tomber dans le puits de la ferme. Elle accourt et le retire du puits à l'aide du seau où l'enfant se cramponne avec les mains à la vue du danger; mais au moment où elle abandonne la corde d'une main pour saisir l'enfant suspendu sur l'abîme, l'infortuné retombe au fond du puits. Thérèse pousse des cris, hurle, roule à terre évanouie. Des voisins accourent, s'empressent, sauvent l'enfant, mais cette femme, à dater de ce jour, a été sujette au mal caduc qui ne l'a plus quittée. Mille remèdes ont été depuis employés sans succès.

Le 26 novembre 1842, à titre d'expérience et gratuitement, Thérèse est soumise au même mode de traitement que la jeune Joséphine. Elle a passé neuf jours sans attaques; nous nous applaudissons déjà, quand tout à coup nos espérances se sont évanouies. Autant qu'avant le traitement, la malade est la proie du mal cruel qui la dévore. Je considère cette femme comme incurable, à moins que l'art médical, dont les ressources sont loin d'être toutes connues, ne rencontre bientôt un agent héroïque contre cette affection monstrueuse. Pourquoi donc blâmerions-nous le docteur Chabrely, de Bordeaux, de préconiser la valériane, la poudre de Guttète et celle de Carignam, administrées d'après une méthode qui lui est propre? On ne peut trop essayer contre l'épilepsie, maladie considérée comme l'opprobre de la médecine, et c'est bien ici le cas de s'écrier : *tentare non nocet*.

*Obs. III.* Un jeune et beau garçon désirant se marier vint, aux fêtes de Noël 1841, me confier que depuis une maladie vénérienne qu'il avait contractée il y a trois ans, et dont il avait été soigné par un pharmacien, il se trouve dans un état étrange qui l'inquiète vivement. Une ou deux fois par mois, il éprouve, dit-il, une perte subite de connaissance et de sentiment. Bref, il compare sa position à quelqu'un qui tomberait du haut mal; rien n'y manque : convulsions, hurlement, écume à la bouche. Ce phénomène dure dix minutes, après quoi il reprend son travail comme si de rien n'était. D'après ce secret, dont il m'a rendu dépositaire, j'ai cru reconnaître une affection épileptique dont l'origine est pour moi bien obscure, à moins de l'attribuer à la maladie

sypilitique ou aux mercuriaux. Quoi qu'il en soit, je soumis ce malade à l'usage de l'indigo à la dose de 50 centigrammes, mélangé en partie égale avec la valériane, où j'ajoutais chaque fois 15 centigrammes de camphre. Dans le traitement, qui dura tout le mois de janvier, le malade prit 7 grammes d'indigo, 7 grammes de valériane sauvage et 1 gramme 5 centigrammes de camphre. Il se maria pendant le carnaval, et il m'a assuré n'avoir plus rien ressenti depuis lors.

*Réflexions.* Revenant sur mes deux observations traitées de la même manière avec un succès différent, il serait curieux de constater si les épileptiques de naissance guérissent de préférence à ceux qui en ont été atteints après une frayeur, une colère, un amour contrarié, ou, en d'autres termes, si l'indigo convient aux premiers et reste impuissant chez les autres. L'expérience peut seule nous l'apprendre. La jeune M..., née de parents cacochymes, apporte en naissant, ainsi que tous ses frères et sœurs, le germe d'une maladie qui va se développant de plus en plus (1). Vierge de tout remède, le premier traitement la guérit. L'épilepsie était-elle héréditaire chez elle? Je le crois. La mère seulement assure avoir donné un mauvais lait à tous ses enfants, c'est-à-dire qu'elle a été constamment grosse et nourrice en même temps. Thérèse Cronzet avait, jusqu'au jour fatal, joui d'une santé de fer, c'est le mot. Adonnée aux travaux de la campagne, la chute d'un enfant dans un puits la rend épileptique, et la médication qui triomphe du mal chez Joséphine échoue chez elle. Que penser de cela? D'où vient cette anomalie? C'est un problème que je laisse à d'autres le soin de résoudre. Quant à la troisième observation, où le sujet a guéri, je n'oserais décider si c'est par les remèdes ou par l'influence du mariage qu'il contracta par inclination.

A. MICHEL, D. M.

A Barbenne (Bouches-du-Rhône).

SUR UNE OBSERVATION DE TAILLE SUS-PUBIENNE. — MODIFICATION  
DANS L'EMPOI CONSÉCUTIF DE LA SONDE.

J'ai l'honneur de vous transmettre une observation de taille sus-pubienne que j'ai pratiquée tout récemment, et qui se recommande, je crois, par quelques particularités à l'attention de mes confrères. — M. Mouton, de Grasse (Var), ancien parfumeur, âgé de soixante-treize

(1) C'est le seul exemple que je connaisse de six enfants de la même famille nés épileptiques.

ans, d'une bonne constitution, d'une très-petite taille, souffrait de la vessie depuis quatre ou cinq ans, lorsqu'en septembre 1842, il se fit sonder pour la première fois, et l'on trouva une pierre qui fut jugée volumineuse. Je fus appelé pour pratiquer la lithotritie. Le volume et la dureté de la pierre, la petitesse de la vessie, dont les parois étaient épaissies et contractées sur le calcul, ne me permirent pas d'insister sur ce moyen. Je me déterminai pour l'opération de la taille, et, vu l'état de la vessie et le diamètre de la pierre, je dus donner la préférence au haut appareil ou taille sus-pubienne.

Je procédai à cette opération, le 29 septembre dernier, assisté de MM. Foucard, Lantier et Mireux, mes confrères et mes amis. Après avoir injecté de l'eau dans la vessie, dans le but de la distendre, ce qui ne put être qu'imparfaitement obtenu, à cause de son raecornissement, j'incisai la paroi abdominale; je pénétrai dans le petit bassin, où je trouvai la vessie peu distendue, et par conséquent assez éloignée de la plaie abdominale, circonstance qui, ajoutée à l'épaisseur des parois, rendit l'incision de la poche urinaire un peu difficile. Néanmoins, je retirai une pierre oblongue ayant 5 centimètres dans son grand diamètre, et 3 centimètres dans le petit; le poids de ce calcul était de 45 grammes.

C'est pour prévenir l'infiltration de l'urine, accident que j'ai vu assez souvent arriver à la suite de l'opération de la taille par ce procédé, que j'ai employé chez ce malade une modification, que je vais décrire, dans l'emploi de la sonde. Cette modification est-elle bonne, utile? je le crois. C'est du reste à l'expérience ultérieure à prononcer.

J'enlevai la sonde métallique qui m'avait servi à faire l'injection et à soulever la vessie vers la plaie abdominale, et je la remplaçai par une sonde en gomme élastique, percée, dans la partie moyenne de sa longueur, mais un peu plus près de son extrémité vésicale, de plusieurs trous traversant le tube de part en part, dans une étendue de 6 centimètres, à un centimètre de distance l'un de l'autre; le bout antérieur ou vésical de cette sonde fut saisi avec des pinces, et amené jusques entre les bords de la plaie abdominale, et fixé là au moyen d'un petit rouleau de diachylon étendu sur du linge passé en travers du dernier oril de la sonde vis-à-vis duquel j'avais fait un autre trou avec un emporte-pièce. La portion percée de la sonde se trouvait en rapport avec toute la vessie et avec le fond de la plaie abdominale, de manière à recevoir facilement et à transmettre au dehors, par son ouverture urétrale, et l'urine et le mointement de la plaie. Cette sonde ainsi placée me parut offrir encore un avantage, c'est qu'en étant soulevée pour être amenée jusque sur le pubis, elle soulevait aussi la paroi antérieure de la vessie, et reconstituait ainsi une petite cavité, plus apte à recevoir l'urine et le sang de la

plaie, que si cette paroi et les bords de la plaie étaient affaissés et appliqués contre la paroi postérieure. Les bords de la plaie furent légèrement rapprochés et maintenus par des bandelettes agglutinatives. (Diète, boisson émolliente, etc.) Le cours de l'urine et du suintement sanguin s'établit parfaitement, et j'eus soin d'entretenir la liberté des trous que j'avais faits, au moyen d'injections fréquentes avec de l'eau tiède. Tout se passa bien jusqu'au 3 octobre, cinquième jour de l'opération, où les injections par la sonde ayant été négligées, les trous s'obstruèrent, et pendant cinq ou six heures de la nuit, tout le liquide urinaire et traumatique reflua vers la plaie abdominale et coula entre ses bords. La plaie, qui était superbe jusqu'alors, devient livide, infecte; le ventre tendu et douloureux, la peau froide, visqueuse, le pouls petit. Ne pouvant déboucher les trous de la sonde, je la remplace immédiatement par une ordinaire. La plaie est lavée avec la décoction de quinquina, le malade en prend en boisson. Bientôt le cours des urines se rétablit par la nouvelle sonde, et le reflux vers la plaie cesse. Un mieux sensible s'établit le lendemain. Le second jour, le pouls et les forces se relèvent; la plaie se déterge, ses bords redeviennent vermeils, elle fournit un peu de bonne suppuration; la sonde fonctionne bien. (Bouillon de poulet; décoction amère.) Le quatorzième jour, on peut se dispenser de laisser la sonde à demeure, et se contenter de l'introduire de temps en temps. Peu de jours après, le malade urinait très-bien sans ce secours; la plaie faite à la vessie était très-bien cicatrisée. Je ne revis plus dès lors le malade que de loin en loin; le trente-troisième jour de l'opération, on m'écrivait qu'il était complètement guéri, sans la moindre incommodité.

Ruy, D. M.

A Belgentier (Var).

OBSERVATION DE FISSURES A L'ANUS, GUÉRIES PAR DES LAVEMENTS  
AVEC LA DÉCOCTION DE RATHANIA.

Le 22 mars 1842, je fus demandé auprès de la femme Châtenais-Menebrard, âgée de quarante-cinq ans, ayant toujours joui d'une bonne santé et d'une excellente constitution: je la trouvai couchée sur le ventre, se plaignant de douleurs intenses à l'anus. Elle me dit qu'elle était ainsi souffrante depuis trois mois, et que c'étaient des hémorroïdes qui la tourmentaient de la sorte; que ses douleurs étaient beaucoup augmentées depuis un mois, et surtout après avoir été à la selle. J'examinai l'anus, je n'y vis point de tumeurs hémorroïdales; mais je vis, à droite de cette ouverture, deux fissures de la longueur d'environ 20 à 25 millimètres chacune. La cause des souffrances de cette femme m'étant connue, je pres



erivis la décoction de racines de rathania en injections trois fois par jour, à la dose de 8 grammes, bouillies dans 250 grammes d'eau. Les injections des trois premiers jours furent peu efficaces. J'augmentai de 4 grammes la dose de rathania pour la même quantité d'eau ; du mieux se manifesta après deux jours de l'emploi de cette nouvelle décoction.

Les selles furent moins douloureuses, le traitement fut continué pendant vingt jours, au bout desquels la femme Menebrard fut entièrement guérie. Aujourd'hui, 6 janvier, la guérison ne s'est point démentie, et la santé s'est soutenue parfaite.

J'ai été conduit à traiter ainsi ces fissures à l'anus d'après les belles observations de guérison qu'en a publiées M. le docteur Trousseau. Cette affection échappe désormais à la chirurgie, qui n'a pas toujours été heureuse dans son traitement.

PONSIN, D. M.

A La Flotte (Charente-Inférieure).

---

### BULLETIN DES HOPITAUX.

---

*Bec de lièvre opéré avec succès sur un enfant âgé de seize jours.*  
 —A quelle époque de la vie de l'enfant faut-il pratiquer l'opération du bec de lièvre congénial? Cette question, si vivement controversée depuis l'ancienne Académie de chirurgie, n'est pas encore résolue; aujourd'hui comme autrefois, les uns veulent que l'opération soit faite dans les premiers jours de la naissance, les autres qu'on la diffère jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans. Le fait suivant peut être produit avec quelque avantage dans ce débat. Un enfant âgé de seize jours fut amené à Paris, des environs d'Orléans, pour y être traité d'un bec de lièvre congénial par M. Jobert. La division de la lèvre supérieure a lieu à gauche du sillon naso-labial médian, et remonte jusque dans la narine, qui est élargie et comme écrasée en travers. L'enfant, qui depuis sa naissance n'a pas pu prendre le sein, est maigre, chétif, et a été nourri avec du lait et de l'eau de gruan. Le 12 février, l'opération fut faite par avivement des bords et deux points de suture seulement. M. Jobert eut soin de prolonger la division en haut au-dessus de l'angle de réunion des deux bords de la solution de continuité à l'intérieur de la narine. Cela fait, il enfonça une épingle dans la direction d'une ligne qui, commençant à un tiers de millimètre en dehors du bord libre de l'aile gauche du nez, serait venue se rendre au-dessous et très-près de l'ouverture de la narine droite. Ainsi une épaisseur considérable de tissu fut embrassée entre

cette épingle et le fil qui compléta ce premier point de suture. Un second point fut fait au-dessous en embrassant, comme pour le premier, le plus de tissu possible, sans déterminer cependant une traction trop forte.

Le cinquième jour après l'opération, quoique l'enfant n'ait pas un seul instant cessé de crier depuis le jour où elle avait eu lieu, on enleva les épingles. La réunion était déjà solide, et n'avait manqué sur aucun point. Un suintement peu abondant a lieu par un des trous faits par l'épingle supérieure. L'aile du nez a été reportée de gauche à droite, et la forme désagréable de cet organe a presque entièrement disparu. M. Joberl pense que dans huit jours, c'est-à-dire quinze après l'opération, l'enfant pourra téter sans inconvénient. — Ce qui doit ici surtout fixer l'attention, c'est le soin qu'a pris le chirurgien d'embrasser dans la suture la presque totalité des parties molles qui constituent la lèvre; nul doute que cette précaution, si surtout on tient compte des efforts de contraction qu'a faits l'enfant en criant sans cesse pendant les cinq jours qui ont suivi l'opération, n'ait prévenu la déchirure des tissus, qui a lieu quand on place les épingles trop près des bords de la solution de continuité.

*Transmission de la variole de la mère à l'enfant avant la naissance.* — Nous avons rapporté dernièrement un des cas les plus remarquables de ce genre qui aient été observés; en voici un autre non moins curieux, que nous avons recueilli il y a peu de jours à l'hôpital de l'École. Une femme est atteinte de la petite vérole au dernier mois de sa grossesse: l'affection parcourt ses périodes, et au moment de l'accouchement les pustules sont arrivées à l'état de dessiccation; mais, chose remarquable, l'enfant qui vient de naître est atteint lui-même de la variole; l'éruption est bien caractérisée; mais elle se trouve à la période initiale; il est du reste vigoureux et fort. Cet enfant a été apporté dès sa naissance à l'hospice des Enfants trouvés, où la petite vérole a suivi son développement. Ces faits, qui établissent que la transmission de la maladie s'est opérée avant la naissance de l'enfant, prouvent d'une manière irrécusable l'existence de l'étroite sympathie qui unit le fœtus à sa mère.

Nous nous souvenons avoir vu, dans le même hôpital, un fait qui établit la possibilité de la transmission directe de la variole de la mère à l'enfant. Une femme accoucha ayant la variole, et son enfant fut pris de la maladie quelques jours après la naissance. Est-ce au passage à travers les organes maternels que l'affection a été inoculée à l'aide de quelque érosion existant au corps du fœtus? On peut le penser; cependant il ne serait pas impossible que dans cette circonstance l'enfant eût

puisé le germe de la variole dans le sein maternel, comme aussi que la maladie eût été gagnée après la naissance par le contact ou par l'influence contagieuse ordinaire.

Ces faits du reste ne sont pas nouveaux. Van-Swieten rapporte que Bartholin a vu une femme qui accoucha d'un enfant qui présentait autant de pustules varioliques que sa mère. Il cite encore un fait en tout semblable à celui que nous venons de rapporter. Il y a de plus plusieurs autres exemples attestés par Mauriceau, qui vint lui-même au monde avec quelques traces d'une ancienne variole.

---

*Expulsion spontanée de milliers d'hydatides de l'utérus.* — La présence d'hydatides dans l'utérus n'est pas un fait rare; mais ce qu'il y a à remarquer dans l'observation que nous allons rapporter, c'est la masse énorme de ces vers vésiculaires que contenait la matrice chez une jeune femme, sans qu'aucun trouble, aucun symptôme, eussent jamais donné l'éveil sur leur existence. Une jeune ouvrière, âgée de vingt-six ans, est entrée il y a quelques semaines au n° 6 de la salle Saint-Augustin, à la Pitié, pour y être traitée, par M. Lisfranc, d'une ulcération simple du col de l'utérus. A la visite, en outre de cette ulcération, on avait constaté qu'elle avait un engorgement considérable de la partie antérieure du corps de cet organe. Cette malade était du reste bien réglée. M. Lisfranc avait noté que le col de la matrice était toujours fermé; même pendant l'écoulement des menstrues, on ne pouvait pas y introduire l'extrémité du doigt indicateur. Quoi qu'il en soit, on appliquait à cette malade le traitement approprié à ses deux affections : on cautérisait les ulcérations, et l'on faisait de temps en temps de petites saignées du bras, révulsives, pour combattre l'engorgement utérin. Il y a quinze jours, tout à coup, sans aucune cause déterminante connue, cette jeune femme est prise de fortes douleurs, comme si elle voulait accoucher, et, au bout de deux heures, après de grands efforts, elle rend par le vagin une quantité énorme d'hydatides, les unes entières, les autres vidées. Il y en avait des milliers, l'on en put remplir trois bassins. Cette expulsion fut accompagnée d'une perte de sang assez abondante. Les douleurs abdominales furent combattues par les cataplasmes émollients, les lavements laudanisés : elles ne disparurent pas complètement, et tous les jours, pendant une semaine, il y eut issue de cinq ou six hydatides avec un peu de sang. Aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre; depuis plusieurs jours il n'y a plus ni douleurs ni expulsion d'hydatides, et l'on va s'occuper de nouveau de la guérison des ulcérations du col et de l'engorgement organique, qui existent toujours.

---

*Une attaque d'épilepsie qui survient au moment de l'accouchement peut-elle être prise pour l'éclampsie?* — Une femme épileptique a été prise dernièrement à la clinique, pendant le travail de l'accouchement, d'une attaque d'épilepsie qui, si on n'avait pas été éclairé par la connaissance des antécédents de cette femme, aurait été certainement prise pour l'éclampsie. En effet, les symptômes sont tellement semblables dans l'épilepsie et dans l'éclampsie, qu'il y aurait impossibilité de distinguer les deux affections l'une de l'autre si l'éclampsie se bornait à une seule attaque; mais cela est rare, comme on le sait. Dans l'éclampsie plusieurs accès se succèdent plus ou moins rapidement, tandis que dans l'épilepsie une seule attaque a lieu. C'est le seul signe qui puisse permettre d'éclaircir la question en l'absence des renseignements sur les antécédents de la malade.

---

*Tétanos survenu à la suite d'une chute, et guéri par les saignées abondantes et l'opium.* — Le 15 janvier, est entré dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, un maçon âgé de trente-quatre ans, d'une forte constitution. Cet homme, trois jours auparavant, avait fait un chute de dix pieds de hauteur sur un tas de plâtras; la région dorsale avait surtout porté contre le sol. Immédiatement après l'accident, le blessé éprouva un serrement marqué des mâchoires, si bien qu'il se coupa la langue en voulant, dit-il, la rentrer dans la bouche; il ressentit en outre un engourdissement général, qui ne l'empêcha pas cependant de continuer son travail. Deux heures environ au bout de ce temps, une raideur générale, qui augmentait rapidement, le mit dans la nécessité de rentrer chez lui, où il resta pendant deux jours, couché sur le dos, sans pouvoir agir. A son entrée, cet homme présentait tous les signes de l'opisthotonos; trismus ou contraction spasmodique des muscles du cou, du tronc et des membres, qui sont raides et immobiles; tout effort pour soulever le malade est accompagné de douleur. Tension des muscles de l'abdomen et dépression des parois de cette cavité. Respiration courte. Quelques accès de suffocation. L'émission des urines a continué d'avoir lieu d'une manière normale. La constipation est opiniâtre. Pouls dur. Voici le traitement qui a été suivi.

Le premier jour une saignée le matin et une autre le soir; sept palettes de sang sont extraites. Le second jour six palettes de sang. Chacun des jours suivants, le malade est saigné et a des ventouses scarifiées sur les côtés de la colonne vertébrale. — En résumé, dans l'espace de huit jours, on fait pratiquer à ce sujet dix saignées copieuses, et poser soixante-dix ventouses scarifiées. — Cette mélioration énergique fut con-

binée avec l'administration de dix centigrammes d'extrait gommeux d'opium pris dans la soirée de chaque jour. Ajoutons que le cinquième jour la cautérisation à l'aide du fer rouge fut pratiquée le long des gouttières vertébrales, et que ce moyen, dont on n'eut pas à se louer, fut abandonné le lendemain.

Sous l'influence de ce traitement les accidents perdirent par degrés de leur intensité, et le dixième jour le malade, qui n'avait pu jusqu'alors prendre le moindre aliment, vit le trismus diminuer à ce point qu'il mangea un potage très-léger. Dans les premiers jours, la déglutition fut assez difficile et comme embarrassée; puis elle se rétablit insensiblement. La raideur tétanique abandonna d'abord les membres, puis le cou; les muscles de l'abdomen furent les derniers à reprendre leur souplesse. — Aujourd'hui l'alimentation se fait bien, l'état général est bon, et le malade, qui se lève depuis quelques jours, sera prochainement présenté à l'Académie.

A côté de ce fait, qui prouve jusqu'à quel point la thérapeutique peut devenir active et hardie en présence d'une lésion vitale qui a si profondément modifié l'économie, nous rappellerons que M. Pelletier tira en quelques jours quatorze à quinze livres de sang à un tétanique; que M. Lisfranc présenta, il y a quelques années, à l'Académie de médecine un malade guéri d'un tétanos pour lequel, dans l'espace de dix-neuf jours, il fit pratiquer dix-neuf saignées; la première de trois palettes, la seconde et la troisième de deux palettes, chacune des autres d'une palette seulement, et de plus appliquer sept cent quarante sangsues sur le rachis et l'épigastre : le vingt-unième jour, ce malade se leva et fit son lit; le vingt-deuxième, il alla à pied à l'Académie de médecine. — Faut-il conclure de ces faits que cette médication puisse être généralisée, et que le tétanos doive toujours y être soumis avec les mêmes chances de succès? Tel n'est pas notre avis, car en thérapeutique l'absolu nous semble une utopie dangereuse, dont les funestes résultats se sont trop souvent manifestés par l'application. Les faits de MM. Jobert, Pelletier et Lisfranc n'éclairent qu'un côté de la question; savoir, que certaine forme de tétanos traumatique est victorieusement combattue par les évacuations sanguines abondantes; que dans les cas semblables la même médication pourra avoir les mêmes succès: telle est, suivant nous, la véritable signification de ces faits, qui ne préjugent en rien de l'efficacité des autres méthodes de traitement dans des circonstances pathologiques différentes. Notons d'ailleurs l'emploi simultané qu'a fait M. Jobert des saignées et de l'opium, et laissons à ce dernier médicament la part qui peut lui appartenir dans la guérison.

---

*Curieuse névralgie dorsale et intercostale guérie par l'emploi du moxa.* — Ce n'est souvent que par des tâtonnements, et surtout par l'insuccès des médications d'abord employées, que l'on parvient à reconnaître la véritable nature d'une affection. Nous en avons vu un exemple intéressant dans les salles de la Pitié. Une femme âgée de cinquante-cinq ans, n'étant plus réglée depuis plusieurs années, fut prise de douleurs vives à la partie moyenne de la région dorsale de la colonne vertébrale, à la suite desquelles la septième vertèbre dorsale éprouva un mouvement de bascule qui constitua une véritable petite gibbosité. Les douleurs persistèrent et augmentèrent; elles duraient depuis six mois, lorsque cette femme fut couchée au n° 17 de la salle Saint-Augustin, service de M. Lisfranc. Les douleurs étaient très-vives et presque permanentes, elles privaient la malade de tout sommeil. La plus légère compression sur la gibbosité exaspérait les souffrances et faisait pousser des cris; il se développait alors comme des étincelles électriques très-douloureuses qui suivaient le long de trois espaces intercostaux, à gauche et à droite, mais surtout à droite. Ce sont ces douleurs intercostales qui étaient les plus pénibles et les plus constantes. Les espaces intercostaux, siège du mal, étaient fort rétrécis; les bords des côtes semblaient appliqués les uns contre les autres, de sorte que l'on avait été un instant porté à attribuer la douleur à la pression des nerfs intercostaux par les bords de ces côtes. Les évacuations sanguines locales répétées par les ventouses et par les sangsues, les cataplasmes émollients et laudanisés, n'avaient produit aucune amélioration. Dans cet état de choses, M. Lisfranc, considérant l'absence de fièvre et le caractère névralgique de la douleur, a eu recours au moxa. Le premier, appliqué à droite, dans le point le plus douloureux des côtes, a, dès le premier jour, diminué les douleurs des trois quarts, et la malade a pu dormir. Un second moxa, appliqué à quelques ponces plus en arrière, quatre jours après, a supprimé complètement tous les symptômes, et la malade s'est trouvée comme miraculeusement débarrassée de ses douleurs. Il y a plus d'un mois que ce succès a été obtenu, et la guérison ne s'est pas démentie.

---

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**ANUS ARTIFICIEL** opéré par la méthode de Callisen. — Mort par péritonite. Parmi les avantages que les partisans de la méthode de Callisen pour l'anus contre nature se sont plu à lui reconnaître, celui d'éviter

la péritonite, et cela parce que le périlone n'est pas ouvert dans l'opération, est sans contredit un des plus importants. Voici pourtant un fait qui vient établir la possibilité de cette phlegmasie. Sara Pars, âgée de

trente ans, devint sujette, il y a huit mois pour la première fois, à une constipation opiniâtre qui s'accompagnait de vomissements. Continuation de ces symptômes pendant un mois; depuis, ses excrétiens ne se rétablirent jamais dans leur état normal. Elle restait trois ou quatre jours sans évacuer, et même, pendant les trois dernières semaines, elle n'eut qu'une selle peu abondante et glaireuse. Les vomissements avaient aussi augmenté au point qu'elle en était venue à refuser toute nourriture, excepté un peu de thé et de bouillon. A l'examen, M. Jukes trouva l'abdomen volumineux, la dilatation semblait porter sur le gros intestin comme sur l'intestin grêle. Tumeur dense, dure, à trois pouces de l'anus, paraissant placée sur le côté droit de la cloison recto-vaginale et adhérente à l'utérus et au rectum qu'elle comprimait au point de produire l'interruption du cours des matières. Plusieurs essais ayant été tentés infructueusement pour rétablir les évacuations au moyen des purgatifs, l'opération eut lieu suivant le procédé de M. Amussat. — La malade ayant été couchée sur le ventre, une tuméfaction remarquable et une grande sonorité firent reconnaître la place occupée par le côlon descendant. On fit, dans ce point, une incision transversale de quatre pouces, commençant à deux pouces en dehors de l'épine et se prolongeant à un pouce de la crête iliaque. Les muscles grand dorsal et carré lombaire ayant été divisés, une masse graisseuse fit saillie entre les bords de la plaie, et au-dessous d'elle on sentit distinctement le côlon. La conservation des adhérences cellulenses de l'intestin avec les parties voisines et l'impossibilité de passer le doigt autour de lui prouvèrent que le péritoine n'avait pas été ouvert. Deux ligatures furent passées à peu de distance l'une de l'autre dans les parois de l'intestin pour le retenir à l'extérieur, et l'on fit alors une ouverture longitudinale d'un pouce environ. Aussitôt une grande quantité de liquide fétide et de gaz stercoraux sortit brusquement : le ventre s'affaissa et la malade fut immédiatement soulagée. Opérée le 8 mai 1842, la malade fut prise le 11 d'un frisson. Les jours suivants la sortie des matières continua à se faire par la plaie. Le ventre diminua de volume, le poulx était resté à

100. Le 17, nouveau frisson; le 21, deux selles copieuses de matières molles par l'anus, outre plusieurs évacuations par la plaie des lombes, toux fatigante, râle sibilant. Le 28, vomissement d'un liquide fœcal, ventre rempli, mais indolent, abatement, poulx petit à 132, mort le 24 mai. — On trouva des traces de péritonite récente, des concrétions albumineuses et une pinte et demie de sérosité purulente épanchée dans le péritoine. — Le côlon, dans le point où il avait été ouvert, était très-solidement adhérent avec les muscles de la région lombaire; il fallut employer la dissection pour l'en détacher. La tumeur recto-vaginale était constituée par un dépôt de matière squirrhéuse dans les cellules de cette cloison. A dix pouces de l'anus, le rectum était contracté dans l'espace de quatre pouces par un épaississement carcinomateux de ses parois. Dans le point rétréci, la concrétion n'était pas poussée assez loin pour que le doigt médius ne pût pas y pénétrer.

En rapportant cette observation, notre but n'est nullement d'informer une méthode opératoire incontestablement préférable à celle de Littré qui conduit d'emblée dans la cavité péritonéale et expose presque infailliblement le malade aux chances funestes d'une péritonite. Sous ce rapport, il faut convenir, quelque prévention que l'on ait contre le procédé de Gallien, qu'il n'y a pas de comparaison à établir entre lui et la méthode de Littré. — Dans l'un, la péritonite sera l'exception; dans l'autre, au contraire, elle constituera la règle. D'ailleurs, cette inflammation du péritoine s'explique aisément par les tractions qu'on lui fait subir en détruisant les adhérences cellulenses qui l'unissent aux parties voisines. On conçoit aussi que pour peu que l'irritation de la plaie lombaire dépasse le degré nécessaire à la formation des adhérences de l'intestin avec ses bords, et qu'elle s'étende dans le tissu cellulaire profond, on conçoit, dis-je, fort bien que le péritoine puisse y participer et qu'il s'enflamme par continuité de tissu. Ce que nous avons voulu, en portant à la connaissance de nos lecteurs ce fait intéressant, c'est les mettre en garde contre les interprétations défavorables qu'on ne manquera pas d'en tirer contre une méthode que M. Amussat a heureu-

sement remise en honneur; c'est, à notre avis, un service qu'il a rendu à la chirurgie. (*Gaz. méd. de Paris*, janvier 1843.)

**BEC DE LIÈVRE DOUBLE**, *compilé de division de la voûte palatine avec saillie des os intermaxillaires. Nouveau procédé opératoire.* Un jeune garçon, âgé de sept ans, entra le 7 octobre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin. Il offre une double division profonde de la lèvre supérieure étendue jusqu'à l'entrée des narines. La voûte palatine présente une fissure double en avant et simple en arrière; le voile du palais offre également une division médiane; la double fente antérieure du palais isole des os maxillaires supérieurs les épiphyses intermaxillaires de ces os : la cloison des fosses nasales, libre en arrière par son bord inférieur, repose en avant sur le tubercule osseux constitué par les os intermaxillaires; cette cloison manquant ainsi de soutien en arrière, avait été refoulée en avant et en bas, par le développement de la base du crâne, et ce mouvement de projection en avait imprimé un considérable aux os intermaxillaires, qui font, avec le tubercule médian de la lèvre qu'ils supportent, une saillie antérieure de deux centimètres et demi : le nez, plus écarté transversalement que de coutume et tiraillé dans son lobe par le bouton médian de la lèvre, offre un aplatissement très-marqué.

Pour remédier à ce vice de conformation, la première indication à remplir consiste à faire disparaître la saillie intermaxillaire : or, trois procédés ont été mis en usage dans ce but. Franco conseillait d'exciser les os intermaxillaires et de réunir ensuite les deux os maxillaires en les rapprochant peu à peu; mais outre la perte des dents incisives qu'entraîne ce procédé, il a encore l'inconvénient de rétrécir la voûte palatine par le rapprochement des deux os maxillaires, l'arc dentaire supérieur se trouve ainsi diminué d'étendue et ne correspond plus à l'arc dentaire inférieur, circonstance on ne peut plus défavorable à la mastication. Desault voulait qu'on pratiquât une compression latérale sur les os maxillaires, dans le but de les rapprocher peu à peu. Ce procédé, inapplicable dans les cas graves, laisse toujours subsister la saillie des

dents et de l'arcade dentaire. Enfin M. Gensoul proposa de refouler instantanément les os intermaxillaires par un coup violent, qui déterminerait la fracture de leur pédicule. Les chirurgiens n'ont point adopté ce dernier procédé, qui, s'il a l'avantage de conserver intacte toute l'arcade dentaire, et de permettre de procéder sans retard à la réunion de la solution de continuité de la lèvre, a l'inconvénient grave de communiquer un ébranlement considérable à toute la cloison des fosses nasales, et expose, en dernière analyse, à fracturer l'ethmoïde, par exemple, dans sa lame criblée, c'est-à-dire, la base du crâne elle-même.

Frappé des inconvénients de chacune de ces méthodes, M. Blandin rechercha dans les rapports anatomiques des os intermaxillaires avec la cloison des fosses nasales, l'indication d'un nouveau procédé, qu'il pratiqua avec succès. Ayant reconnu que cette cloison, déplacée en avant dans le vice de conformation qui nous occupe, est le véritable pédicule des os intermaxillaires et le seul obstacle au refoulement de ces os, il pensa très-judicieusement qu'il suffirait de réséquer une partie de la cloison derrière et au-dessus de ces os eux-mêmes, pour ensuite les faire rentrer à leur place. — Le malade ayant donc été disposé sur un lit, je relevai, dit M. Blandin, avec la main gauche le tubercule médian de la lèvre, puis de la main droite, armée de très-longs et très-forts ciseaux à bec de lièvre, j'enlevai sur la cloison des fosses nasales, immédiatement en arrière du tubercule des os incisifs, une pièce triangulaire dont la base était tournée en bas, et dont le sommet, dirigé en haut allait à peu près jusqu'au dos du nez : pour cela deux sections furent pratiquées à cette cloison : une antérieure, verticale, et une autre postérieure, oblique de bas en haut et d'arrière en avant. Ce premier temps de l'opération achevé, les os intermaxillaires, devenus mobiles, purent être portés en arrière au niveau du reste de l'arcade dentaire, entraînant avec eux le tubercule médian de la lèvre qui y adhérait. — Au lieu de procéder immédiatement à l'avivement et à la suture de la double fente de la lèvre, M. Blandin préféra remettre ce second temps à un autre jour, afin d'avoir toute facilité d'étancher l'hé-



morrhagie de la cloison réséquée, si cette hémorrhagie, comme cela est quelquefois arrivé, venait à se réparer. Dans le cas présent, une artère de la cloison donna lieu à un écoulement de sang assez abondant, qui fut arrêté par la torsion du vaisseau. — Si cet écoulement sanguin devenait inquiétant, il suffirait de relever la lèvre et la partie osseuse qui y adhère, et que la section précédente a rendue aussi mobile qu'elle, pour pouvoir faire la ligature, la torsion du vaisseau, et au besoin en opérer la canthérisation. Quant à la crainte que les os incisifs ne souffrent dans leur nutrition par leur isolement de la cloison des fosses nasales, leur pédicule naturel et par lequel ils reçoivent leurs vaisseaux, cette crainte est sans fondement, car ces os reçoivent de la lèvre, par son tubercule médian, des vaisseaux en assez grand nombre pour que leur vitalité ne coure aucun risque. — Ajoutons, avec l'auteur de ce procédé très-ingénieux, que comme la rétropulsion des os incisifs est un véritable mouvement de bascule dont le centre répond au dos du nez, ces os et les dents qu'ils supportent tendent à se tourner un peu trop en arrière, de sorte, qu'il est indispensable, pendant le premier temps, d'assurer leur bonne direction, en fixant les dents incisives avec les molaires, au moyen de fils d'argent, ou bien en maintenant sous la voûte palatine une plaque métallique, montée exactement sur cette voûte et fixée latéralement sur les dents molaires. — Le succès de ce procédé fut complet chez le petit malade de M. Blandin. Les deux arcades dentaires se correspondent, et la réunion des bords de la division double de la lèvre, faite deux jours après l'excision d'une portion de la cloison des fosses nasales, n'a rien laissé à désirer. Quant aux rapports nouveaux des os incisifs avec les os maxillaires, ils ont lieu par un véritable cal osseux, qui chaque jour se solidifiera, et deviendra définitif. (*Gaz. des Hôpitaux*, janvier 1843.)

**BELLADONE** (*De l'emploi de la*  
*comme préservatif de la scarlatine.*  
Comment s'expliquer la coupable négligence qu'ont mise les médecins français à répéter les essais aussi nombreux que concluants des médecins de l'Allemagne touchant

la vertu préservative de la belladone dans la scarlatine? Pour nous, nous avons plus d'une fois appelé leur expérimentation sur ce point important de thérapeutique, et nous avons rapporté un certain nombre de faits qui établissaient la légitimité des conclusions de nos confrères d'outre-Rhin. (Voyez tome XII, pag. 368.) Nous voyons avec satisfaction l'attention médicale réveillée sur ce sujet par le savant et judicieux rapport fait dernièrement par M. Martin Solou à l'Académie de médecine, à propos d'un mémoire sur ce point de pratique envoyé par M. le docteur Stiévenart, de Valenciennes. La question est bien simple. Pendant le règne d'une épidémie de scarlatine, l'usage de la belladone préserve-t-il de cette maladie? Les médecins allemands répondent par l'affirmative; c'est Hufeland, c'est Schenk, Camper Berndt, Behr, Velsen, Murbeck, et vingt autres praticiens non moins distingués, qui reconnaissent la propriété anti-scarlatineuse de la belladone. M. Stiévenart a voulu vérifier ces expériences, et il a eu un résultat avantageux. La scarlatine ravageait, pendant l'hiver de 1840 à 1841, plusieurs villages voisins de Valenciennes. Dans deux de ces villages, Saulin et Cargies, d'une population de 8 à 900 âmes, sur 96 individus frappés de scarlatine, 30 avaient succombé. C'est alors que notre confrère invoqua les propriétés prophylactiques de la belladone. Sur 250 personnes de l'un des villages, 200 prirent de la belladone et furent préservées toutes de la contagion; tandis que sur les 50 qui n'en prirent pas, 14 eurent la scarlatine et 4 en périrent. A Cargies, M. Stiévenart administra la belladone aux enfants de l'école communale en leur permettant de se rendre aux leçons et de communiquer avec les autres personnes du village. Tous les enfants qui se soumièrent à l'usage du préservatif évitèrent la scarlatine, et quelques-uns de ceux qui ne voulurent pas en prendre n'échappèrent pas à l'épidémie. M. le docteur Dusterberg, de Warbourg, a fait l'expérience la plus convaincante que nous connaissions : au milieu d'une épidémie des plus fortes, il a choisi dans chaque famille soumise au traitement un enfant qui n'a point pris de belladone. Eh bien ! tous les enfants qui avaient été ainsi exceptés, ont été atteints de la contagion.

Voici le mode d'emploi que nous avons suivi dans l'occasion ; c'est celui qui a été adopté par M. Stiévenart, et qui avait été indiqué, à la différence de l'alcool près, par Berni. Prenez extrait de belladone récemment préparé, 15 centigrammes, faites dissoudre dans 30 grammes d'eau de canelle ; ajoutez alcool rectifié 2 grammes. On donne matin et soir autant de gouttes de cette mixture sur du sucre ou dans un peu d'eau que l'enfant a d'années d'âge, en ne dépassant pas cependant douze ou quinze gouttes. — Presque aucun sujet n'éprouve d'effet sensible ou apparent de l'administration du remède. Ce n'est que dans des cas très-rare qu'on a noté de la réphalgie, de la dilatation des pupilles et une petite éruption à la peau. L'usage de ce préservatif doit être continué trois semaines ou un mois : pour se croire à l'abri de la contagion, il faut être au moins sous son influence depuis une semaine.

Il est à désirer, dit M. Martin Solon en terminant son rapport, et nous nous associons à son vœu, qu'un moyen aussi innocent soit expérimenté de nouveau. Les épidémies de scarlatine sont assez fréquentes et assez meurtrières par leurs accidents primitifs et consécutifs, pour que l'on fasse en France quelques recherches sur leur prophylaxie. C'est dans les petites localités surtout que ces recherches peuvent être faites avec fruit et que nous voudrions qu'on les tentât. En effet, pour que les résultats puissent être définitivement acceptés, il faut que l'on n'ait pas à invoquer soit les effets d'une simple coïncidence, soit que la plupart des sujets échappent ordinairement à la contagion sans avoir usé du préservatif. Dans les petites communes on arrivera facilement au but, en tenant un compte exact et authentique des cas de scarlatine observés chez les sujets qui n'auraient point pris de belladone, et chez ceux, de même âge et de même condition, qui auraient fait convenablement usage du préservatif. (*Bull. de l'Acad.*, janvier 1843).

**CANTHOPLASTIE** *dela, ou de la transplantation de la conjonctive oculaire sous les paupières.* Sous cette dénomination, le docteur Ammon désigne l'art de transplanter la conjonctive oculaire dans l'angle externe des paupières pour rétablir les dimensions normales de la fente pal-

pébrale quand celle-ci est trop petite, soit par vice primitif de conformation, soit par l'effet d'un travail pathologique. On ne se serait guère douté qu'un seul mot renfermât autant de choses, et bien habile qui l'eût deviné sans le commentaire explicatif de l'auteur lui-même, qui nous paraît épris d'un amour quelque peu exagéré pour le néologisme, surtout quand il donne à ce rétrécissement de l'ouverture palpébrale le nom de phimosis des paupières (ou blépharophimosis). Au surplus, voici le fait sur lequel il fonde l'utilité de cette nouvelle opération.

Une jeune fille, âgée de seize ans, était atteinte depuis son enfance d'ophtalmie continue et de spasme des paupières, avec ectropion très-prononcé aux deux yeux. Par suite de cette maladie, la conjonctive de la cornée et de la sclérotique avait subi un obscurcissement et un épaississement déjà fort avancés ; la jeune fille était menacée d'une cécité complète. Elle avait d'ailleurs une complexion scrofuleuse à un haut degré. En l'examinant avec attention, on reconnut un blépharophimosis congénital qui avait dégénéré peu à peu en ectropion des deux paupières de chaque œil.

La conjonctive fut transplantée des deux côtés dans l'angle externe de l'œil. Il en résulta l'élargissement de la fente palpébrale, la cessation du spasme considérable des paupières et la destruction de la principale cause des ophtalmies habituelles, qui dépendaient ici de la violente compression exercée sur les globes oculaires. L'opération ne fut pas facile, parce que le spasme des paupières opposa de grands obstacles à ce qu'on agrandît l'angle externe par l'incision des parties tégumentaires. Cette première opération terminée, il devint aisé d'attirer la conjonctive oculaire dans l'angle agrandi et de l'y fixer. Peu de jours suffirent pour que l'agglutination eût lieu et que l'angle des paupières se trouvât bien formé de chaque côté. La dilatation avait été un peu plus grande sur l'œil droit que sur l'œil gauche, ce dont on put aisément se convaincre en comparant les deux paupières ; la différence ne tarda d'ailleurs pas à devenir plus sensible encore par le léger renversement en dehors de la paupière inférieure, qui eut lieu plus tard. Quinze jours après la canthoplastie, un lambeau des téguments fut enlevé

aux quatre paupières, pour faire disparaître l'ectropion, et la jeune fille se trouva radicalement guérie de ses souffrances.

Sous l'influence d'un traitement interne approprié, la conjonctive du bulbe perdit peu à peu son épaisseur anormale, son opacité et sa tendance à s'enflammer. Depuis lors, la jeune personne a pu se livrer au travail. (*Ann. de la chér.*, janv. 1843.)

**CAUTÉRISATION** (*Proto-nitrate de mercure liquide rationnel pour la*). L'on sait que la salivation est assez souvent le résultat des cautérisations pratiquées avec le nitrate acide de mercure; cela tient, d'après les travaux de M. Mialhe, à sa rapide transformation en sublimé par les chlorures alcalins des liquides des parties sur lesquelles on l'applique. C'est pour obvier à ces inconvénients graves que ce pharmacien propose un nitrate de mercure rationnel, dont l'emploi même longuement continué pour la cautérisation, ne saurait amener de pyalisme. Voici cette préparation :

Proto-nitrate de mercure liquide.....	30 gram.
Acide nitrique.....	20 —
Eau distillée.....	100 —

Broyez d'abord le nitrate mercuriel dans un mortier de verre ou de porcelaine; ajoutez ensuite l'eau distillée acidulée en continuant toujours de broyer, et conservez ensuite la liqueur mercurielle sur ce dépôt salin qui refuse de se dissoudre. (*Journ. des conn. méd.*, janvier 1843.)

**CEPHALALGIE OPINIÂTRE** pendant dix ans guérie par l'iodure de potassium. Combien de maladies douloureuses et longues ne doivent leur incurabilité qu'à ce qu'on n'apprécie pas la cause spécifique première sous la dépendance de laquelle elles se trouvent ! En voici un nouvel exemple. M. Frappez, brigadier de la douane belge, âgé de 40 ans, présentait depuis 1832 des maux de tête continus à la région sacrée droite; il avait là une douleur grave qui ne lui laissait point de repos. En juillet 1841, les symptômes prirent une intensité inaccoutumée; les nuits étaient sans sommeil, les douleurs atroces; il y eut des congestions cérébrales, accompagnées de perte de connaissance, d'accès convulsifs épileptiformes, suivis de stupeur. Bientôt l'affaiblissement et

l'émaciation devinrent extrêmes, il ne put plus quitter le lit; il y avait une fièvre hectique. M. le docteur Rul-ogez avait épuisé tout l'arsenal thérapeutique pour opposer une barrière à la marche funeste de la maladie de M. Frappez, dont la fin lui paraissait imminente; il avait employé les antiphlogistiques, les calmants; il avait appliqué le traitement antisiphilitique d'abord par le sublimé et les sudorifiques, puis il avait sollicité la salivation par le calomel; il avait été porté à cette médication spéciale par d'anciens chancre qu'avait eus le sujet, et surtout par les douleurs qui étaient plus violentes la nuit que le jour et par l'insuccès des autres remèdes; et il faut noter que ces traitements mercuriels avaient seuls donné, pour un temps, un peu de calme au malade; mais le répit n'était pas long, et le mal de tête revenait plus fort que jamais. Après la médecine rationnelle était venu l'empirisme; le malade avait subi le traitement hydrosudopathique. La transpiration étant établie, il avait été entortillé dans des couvertures de laine trempées dans l'eau froide, il avait pris des bains de tête froids, des douches froides, bu de l'eau froide, et le tout sans succès. C'est au moment que M. Rul-ogez croyait la mort du sujet imminente, et qu'il le considérait comme atteint d'une tumeur de l'encéphale, qu'il pensa à essayer l'iodure de potassium, lequel dans les symptômes tertiaires de la syphilis a procuré des cures si merveilleuses. Il en commença l'usage à la fin de décembre 1841; il débuta par 50 centigrammes, dissous dans l'eau, par jour. Dès la première semaine une amélioration surprenante se déclara; il vit le malade renaitre à la vie, reprendre du courage et de l'énergie. Il lit établir un éton à la nuque et augmenta la dose de l'iodure jusqu'à 6 grammes par jour. La guérison fut rapide; les maux de tête cessèrent, les accès épileptiformes ne se reproduisirent plus, la fièvre s'arrêta. Le malade reprit de l'appétit et de l'embonpoint. Il y a près de dix mois que M. Frappez est entièrement guéri; il a repris ses fonctions depuis huit mois; il a passé tout l'été sans maux de tête. L'iodure de potassium a été continué environ quatre mois à haute dose, et sans que le malade en ait éprouvé d'incommodité; il a été noté cependant quelques phénomènes pathogéniques dus à

son usage : du ptyalisme, de l'enchifrènement avec flux des fosses nasales. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier 1843.)

**DENTITION** (*De l'époque du sevrage dans ses rapports avec la*). M. Trousseau, qui depuis quelque temps s'occupe d'une manière spéciale des maladies de la jeune enfance, nous donne aujourd'hui ses idées sur l'époque qu'il convient d'assigner au sevrage. Il croit qu'en thèse générale il ne faut sevrer les enfants que vers l'âge de deux ans, époque où ils ont fait leurs quatre dents canines, et où ils ont seize dents. Le travail de la dentition est le point de départ de la plupart des maladies graves de la première enfance, c'est à lui qu'on peut rapporter les ophthalmies, les exanthèmes appelés feux des dents, les catarrhes aigus et surtout la diarrhée, accident le plus grave, qui n'est que l'expression d'une entérite, laquelle tue peut-être plus d'enfants que toutes les autres causes de mort réunies. Or, la diarrhée n'a que peu de danger tant que l'enfant tôte; mais s'il est sevré, ou si on le sèvre avant que le travail fluxionnaire soit terminé, temps où la diarrhée augmente par ce seul fait, ou verra souvent alors, sous l'influence de la nourriture nouvelle, les signes de la gastro-entérite la plus violente se manifester et les enfants mourir en peu de temps. — C'est pour cela qu'il faut sevrer les enfants tard, car dans la diarrhée aiguë ou chronique à laquelle ils sont sujets, rien ne remplace le sein de la mère.

Les dents sortent par groupes, et, chose providentielle, après les accidents amenés par l'évolution de chaque groupe de dents, il y a un intervalle, un temps d'arrêt, ordinairement assez long, pendant lequel les fonctions troubles peuvent reprendre leur énergie pour suffire à une nouvelle lutte.

La première dentition s'accomplit en cinq temps :

**1<sup>er</sup> groupe** : 2 incisives médianes inférieures vers l'âge de sept à huit mois. Ce groupe se complète en vingt-quatre, quarante-huit heures; rarement il dure plus de huit jours.

L'intervalle de repos ou le temps d'arrêt est ordinairement de trois mois.

**2<sup>e</sup> groupe** : 4 incisives supérieures du onzième au douzième mois. — Ces

quatre dents mettent ordinairement un ou deux mois à sortir. — Il y a alors trois, quatre et jusqu'à cinq mois d'intervalle ou de temps d'arrêt.

**3<sup>e</sup> groupe** : 4 premières molaires, 2 incisives latérales inférieures, vers l'âge de dix-sept à dix-huit mois. — Ces dents mettent à sortir un ou deux mois. — Le temps d'arrêt est alors de quatre à six mois.

**4<sup>e</sup> groupe** : 4 canines vers l'âge de deux ans. — Il faut deux mois pour que leur éruption se complète. — Le temps d'arrêt ensuite est de quatre mois.

**5<sup>e</sup> groupe** : 4 dernières molaires vers l'âge de trente mois. — Ce groupe met deux mois à sortir. — Il y a ensuite un temps d'arrêt de près de trois ans avant l'éruption des dents dites de cinq ans.

C'est là la règle posée par les observations de M. Trousseau et par d'autres médecins; mais il y a de nombreuses anomalies.

Étant établi qu'après l'éruption de chaque groupe de dents il y a un temps d'arrêt pendant lequel cessent ordinairement les accidents qui accompagnent l'évolution dentaire, il est évident qu'il faudra faire coïncider l'époque du sevrage avec le temps d'arrêt. (*Journal de méd. de la rev. méd.-chirurg.*, février 1843.)

#### **ENGELURES** (*Baume contre les*).

On a vanté beaucoup de moyens pour empêcher les engelures de s'ulcérer, et il n'y en a aucun de certain dans ses effets. Voici la formule d'un nouveau baume préconisé par M. Lejeune. Sera-t-il meilleur que les précédents?

Camphre..... 3 gram.  
Teinture de benjoin au 50..... 16 —

Faites dissoudre le camphre, et ajoutez, en ayant soin de triturer exactement :

Hydriodate de potasse..... 16 gram.  
Acétate de plomb liquide..... 32 —  
Alcool rectifié, ramené à 20°, avec quantité suffisante d'eau de roses..... 64 —

Prenez également d'autre part :  
Savon animat..... 32 gram.  
Alcool, avec eau de roses, comme le précédent..... 64 —

Faites dissoudre à une douce chaleur le savon dans la portion d'alcool, et mêlez cette dernière solution, avant qu'elle soit refroidie, avec la première. Aromatisez ensuite avec

quelques gouttes d'huile essentielle quelconque, conlez dans des flacons à large ouverture, bouchez et cachez. On en fait, matin et soir, de légères frictions sur les engelures. (*Journ. de pharm.*, janvier 1843.)

**ESTOMAC** (*Affection soupçonnée cancéreuse de l'*) guérie par l'usage interne de l'huile d'olives sucrée. Voici l'histoire de la guérison inscrite d'une affection de l'estomac des plus graves. En février 1841, un malade, qui souffrait depuis 1817 de crampes d'estomac qui avaient résisté à toutes les médications, se confia aux soins du docteur Kerst, d'Utrecht; il présentait les symptômes suivants : émaciation générale considérable, peau sèche, aride, terreuse, face exprimant la douleur et l'abattement, ventre météorisé, par intervalles sans sensibilité, point de gonflement ni d'induration à l'épigastre ni aux hypochondres, appétit bon, pas de mauvaise haleine, digestion stomacale laborieuse, douloureuse; éructations; défécation rare : tous les six ou huit jours le malade est pris de douleurs des plus violentes qui se font sentir à partir de la colonne vertébrale jusque dans l'estomac, et qui souvent lui font perdre connaissance. — Les symptômes s'aggravent malgré le traitement institué par M. Kerst; au bout de quelques semaines, le malade était arrivé au dernier degré d'amalgrissement et de faiblesse, il paraissait n'avoir pas un mois à vivre; on aurait dit un individu arrivé à la fin de la troisième période de la phthisie pulmonaire : les yeux étaient caves, la face terreuse; l'estomac était devenu d'une telle sensibilité que le malade, bien que porté à manger, ne pouvait rien y introduire sans éprouver de la douleur, et celle-ci augmentait à mesure que les substances alimentaires approchaient du pyllore. Quoiqu'il manquât plusieurs symptômes du cancer, comme l'induration au toucher et le vomissement brun, M. Kerst diagnostiqua un cancer aréolaire du pyllore qui, ne s'ulcérant pas, ne donne lieu ni au vomissement marc de café, ni à l'haleine fétide; ce jugement fut partagé par le professeur Alexander, qui donna aussi des soins au malade. Quoiqu'il en soit, ce sujet était aux derniers abois; tout ce qu'on lui donnait par l'estomac exaspérait ses douleurs. Le médecin essaya de le nourrir par l'anus, au moyen de lavements au

lait de vache et au bouillon avec un jaune d'œuf, afin de laisser l'estomac dans le plus grand repos; mais au bout de deux jours il fallut y renoncer, parce que le malade était tourmenté par une faim très-vive. Ne sachant plus quel moyen employer sans nuire, M. Kerst se détermina à administrer l'huile d'olives pure. À peine le malade en eut-il pris quelques cuillerées à café qu'il se sentit beaucoup mieux; mais comme l'huile provoquait quelques nausées, on la mélangea à du sucre. Ce moyen répondit complètement à l'attente du médecin. Depuis le 20 mars 1841, où le sujet en commença l'usage, il n'éprouva plus aucune douleur de l'estomac. Les doses d'huile d'olives furent peu à peu augmentées; le malade se sentit renaître, il reprit de jour en jour de l'embonpoint et des forces; on ajouta à ce moyen une alimentation légère, et bientôt il jouit de la santé la plus florissante. (*Nederlandsch Lancet et Journal de méd. de Bruxelles*, janvier 1843.)

**FARINES de graines de lin et de moutarde.** — *Leur falsification.* La falsification des farines de lin et de moutarde est des plus fréquentes, et elle a pour résultat certain de rendre ces substances à peu près inertes. La surveillance de l'autorité et les jugements des tribunaux mettront un terme, il faut l'espérer, à cette fraude si coupable. — La falsification de la farine de lins opère en y ajoutant soit du petit son, soit de la farine provenant de tourteaux de lin dont on a déjà extrait l'huile, soit des sciures de bois qui ont servi à la filtration des huiles pour l'éclairage. Ainsi, la farine de lin qui, pure, fournit en moyenne 35 p. 100 d'huile douce, n'en produit quelquefois que 12 p. 100 quand elle est sophistiquée; elle a perdu de cette manière toutes ses propriétés oléagineuses. On peut cependant parvenir à reconnaître les falsifications de la farine de lin. La solution aqueuse ou alcoolique d'iode n'exerce aucune action sur cette farine pure, tandis qu'elle colore en bleu toute farine mêlée de son ou de quelque autre matière amilacée; avec l'éther sulfurique on peut déterminer la quantité d'huile; par l'eau, savoir la quantité de mucilage; enfin, par la calcination, découvrir les substances minérales s'il y en a. — Il est bien plus difficile de reconnaître les

falsifications de la farine demontarde, car on peut la mélanger de semences de sauge, de sénévé, de colza ou de navette, qui ne se colorent pas en bleu par l'iode. On ne peut juger cette falsification que par la différence d'acreté dans la farine. (*Ann. d'hygiène*, janvier 1843.)

**FIÈVRE INTERMITTENTE (La)**  
*n'est-elle qu'une hypertrophie de la rate, une splénite?* « La fièvre intermittente n'est qu'une hypertrophie de la rate. » — « Dans son traitement, c'est l'état pathologique de la rate et des plexus spléniques, et non pas de simples accès fébriles, qu'il s'agit de guérir. » — « On n'a rien fait tant qu'on n'a pas remédié à la maladie splénique. » — « C'est en remédiant à l'état malade de la rate, que le sulfate de quinine guérit les fièvres d'accès. » — « Il faut proportionner la quantité de ce médicament, non à l'intensité des accès, mais bien aux dimensions de la rate. »

Permis à qui voudra de voir là un progrès, une découverte; nous déclarons, nous, ne rien connaître d'aussi anti-médical, d'aussi antipratique que ces propositions. Nous avons regret d'avoir à parler ainsi de la doctrine que veut établir un professeur dont nous honorons le caractère et le talent, au zèle infatigable duquel nous applaudissons; mais cette doctrine est fautive et dangereuse, notre amitié pour M. Piorry ne nous empêchera pas de le dire.

Nous ne pouvons traiter longuement ici de cette prétendue étiologie organique des fièvres intermittentes; nous l'avons déjà fait tome XXI, pag. 201. Nous avons démontré du reste, dans cet article, qu'en définitive cette question était assez oiseuse pratiquement parlant, puisque les partisans de l'opinion que les fièvres intermittentes sont un effet de l'engorgement de la rate, continuent à penser que les préparations de quinine en sont le remède, comme le pensent toujours ceux qui trouvent que l'engorgement dont il s'agit n'en peut être qu'une conséquence. A notre point de vue, nous ne pouvons donc que blâmer la prétention qu'a M. Piorry de localiser la fièvre intermittente en lui assignant comme cause, comme origine, une lésion de la rate.

Qu'il ne soit curieux de suivre, le plessimètre à la main, le développe-

ment de la rate, soit pendant la durée de la fièvre intermittente, soit après la disparition des accès, ou encore quand cette hypertrophie se lie à une hydropisie, suite de la fièvre intermittente; qu'il ne soit important d'étudier les changements qui s'opèrent dans les dimensions de cet organe sous l'influence du sulfate de quinine, heure par heure, minute par minute, comme le fait M. Piorry; qu'en ne puisse tirer de ces recherches quelques inductions pour le pronostic et le traitement: personne n'en disconviendra. Mais de là aux conséquences doctrinales que l'on veut en tirer, il y a loin, à notre avis.

Tout le monde connaît l'extrême habileté de M. Piorry dans la plessimétrie, dont il est l'inventeur. Tous les médecins usent de la percussion, mais ils n'en tirent pas tout le parti possible, parce qu'ils s'abstiennent de percuter sur leur doigt au lieu d'appliquer sur la partie cette rondelle d'ivoire nommée plessimètre, instrument sans l'intermédiaire duquel M. Piorry ne croit pas que la percussion puisse donner des résultats complets. Nous nous en tiendrons à l'histoire de la rate. M. Piorry circonscrit avec une exactitude miraculeuse, soit sur le vivant, soit sur le cadavre, la situation et le volume de cet organe au moyen de la percussion; il est guidé par la sensation des doigts qui frappent sur le plessimètre et par le son que la percussion transmet à son oreille. Le talent d'observation et de percussion de ce professeur étant bien établi, disons l'action qu'il a reconnue, non sur la fièvre intermittente si vous le voulez bien, mais sur la rate, au bisulfate de quinine qu'il emploie de préférence et qui, comme on le sait, est la solution du sulfate obtenue à l'aide d'un faible excès d'acide sulfurique. M. Piorry a constaté par de nombreuses expériences et observations faites depuis plus de douze ans, que le sulfate de quinine n'augmente jamais le volume de la rate; qu'administré soit par la bouche, soit par le rectum, sous la forme de bisulfate, à la dose de 50 centigrammes seulement, il peut, dans l'état sain, amener une diminution dans le volume normal de la rate. Que dans la fièvre intermittente le volume de la rate hypertrophiée diminue dès la *cinquième minute* après l'administration de 1 à 3 grammes de sulfate à l'intérieur, et dès la *pre-*

*mière minute* si l'on a donné soit par la bouche, soit en lavement de 25 à 50 centigrammes de bisulfate, d'acétate ou de citrate de quinine. Enfin que l'action du sulfate de quinine sur la rate paraît avoir son maximum de la dixième à la quinzième minute, et qu'elle est apaisée de la trentième à la quarante-cinquième. L'influence du bisulfate de quinine est encore plus promptement épuisée, car le summum de l'influence de ce dernier sel est de la troisième à la dixième minute, et elle a cessé sur la rate après un quart d'heure. — Ces recherches, qui établissent la promptitude d'action du sulfate de quinine sur la rate, ont un grand intérêt de vue à ce point principalement. (*Examinat. méd.*, janv. 1813.)

**HÉMORRHAGIES NASALES** (*Nouveau procédé de tamponnement*). Frappe des inconvénients que présente le tamponnement des fosses nasales pratiqué avec la sonde de Bellocq, et surtout de la douleur et de l'irritation qu'il détermine dans l'arrière-gorge, au point que chez les enfants il est le plus souvent inapplicable, M. Mareschal, médecin à Nantes, a imaginé un instrument à l'aide duquel on agit par l'orifice antérieur des narines sur le point que l'on présume être le siège de l'hémorrhagie. Il faut donc d'abord chercher à déterminer quel est dans l'épistaxis le point de la membrane pituitaire d'où peut provenir l'écoulement sanguin; or, c'est ce que M. Mareschal a cherché à établir par l'examen anatomique. Ayant autopsié huit individus qui avaient éprouvé des hémorrhagies nasales dans les dernières périodes des maladies auxquelles ils avaient succombé, il s'est assuré, d'après les caractères de la membrane muqueuse qui était rouge, boursoufflée et sillonnée de veines capillaires fortement injectées, que l'hémorrhagie provient le plus souvent de la partie antérieure des fosses nasales, c'est-à-dire des ramures qui forment la réunion des os du nez avec la lame cartilagineuse du vomer, ou de la portion de membrane pituitaire qui recouvre le cornet inférieur où elle forme un renflement quelquefois considérable. Quant à l'épistaxis, résultat d'une exhalation capillaire de toute la membrane pituitaire, M. Mareschal s'autorise de ces mêmes recherches nécropsiques pour le croire beaucoup

plus rare qu'on ne le pense généralement. Ces données une fois établies, il restait à trouver le procédé le plus favorable pour porter les moyens hémostatiques à l'intérieur du nez, sur le lieu même de l'hémorrhagie. — A cet effet, M. Mareschal a fait construire une canule d'argent de 3 pouces huit lignes de longueur, dont le canal a 1 ligne de diamètre. L'extrémité qui est conduite dans les narines offre une ouverture à bords arrondis. L'autre extrémité est renflée et porte un anneau semblable à celui de la sonde de Bellocq; du côté opposé à l'anneau, la canule porte une fente longitudinale; cette fente a pour but de répandre dans la cavité nasale, au moyen de l'insufflation, une poudre astringente introduite dans la canule et que l'on dirige plus particulièrement de bas en haut sur le cornet inférieur et la portion de membrane tuméfiée qui la recouvre. Quand on veut ainsi insuffler une poudre hémostatique, il faut avoir soin de fermer l'extrémité postérieure de la sonde avec un morceau de cire; l'insufflation se fait avec la bouche ou avec un tube introduit dans le renflement extérieur de la sonde. Pour opérer le tamponnement, on traverse par un ou plusieurs fils élvés la canule, et on attache à l'extrémité de ces fils qui sortent par l'ouverture postérieure ou nasale de cette canule un bourdonnet de charpie imprégné d'une substance hémostatique quelconque. Cela fait, la canule est introduite dans la narine par sa petite extrémité, de laquelle sort le fil auquel est attaché le bourdonnet de charpie que l'opérateur tient dans sa main. Quand il juge la canule parvenue au niveau de la narine postérieure, il en abaisse le pavillon, de manière que son autre extrémité aille toucher le haut de l'ouverture nasale postérieure. Dans cette position oblique de la canule, il est facile, en tirant le fil qui la traverse, de diriger le bourdonnet de charpie que ce fil entraîne au-dessus et le long du cornet inférieur des fosses nasales, et d'arriver ainsi jusqu'à sa partie postérieure, c'est-à-dire sur le renflement lobulaire de la pituitaire d'où procède ordinairement l'hémorrhagie. On peut, par le même mécanisme, porter plusieurs mèches de charpie sur le même point des cavités nasales; toutefois ce tamponnement, comme le fait lui-même observer

M. Mareschal , agit bien moins par compression que par l'action stypique des substances que l'on emploie, ce qui lui donne encore un avantage sur le procédé de Bellocq, qui ne peut être efficace qu'autant qu'il maintient solidement l'occlusion complète des narines. (*Journ. de méd. de la Soc. de la Loire-Inférieure*, janvier 1813.)

**HERNIE ÉTRANGLÉE opérée sur un homme de cent sept ans.** L'observation suivante va prouver que l'âge ne doit pas toujours être regardé comme une contre-indication aux opérations de chirurgie même les plus graves. Dans le mois de novembre dernier, M. César Hankins, chirurgien de l'hôpital de Saint-Georges, opéra avec succès une hernie étranglée chez un vieillard âgé de cent sept ans. Le nommé Richard, musicien français, âgé de cent sept ans, jouissant de toutes ses facultés intellectuelles, entra à l'hôpital le jeudi 24 novembre, vers une heure de l'après-midi, portant une hernie étranglée de la veille, ou peut-être depuis trois à quatre jours, car le malade n'a pas été à la selle depuis. La tumeur herniaire est dure, sensible; il a des vomissemens, les traits de son visage ne sont pas altérés, le pouls est normal. En ville, on essaya à deux reprises de réduire la tumeur. M. Hankins ordonna l'application de la glace sur la hernie, et attendit; vers cinq heures, il n'y avait pas de diminution dans le volume, la sensibilité était plus grande; le chirurgien se décida à opérer: le sac herniaire est très-épais, il contient une masse gélatineuse, de la lymphe coagulée et de la sérosité; les intestins contenus sont enveloppés par de fausses membranes récentes qu'on est obligé de déchirer pour pouvoir les réduire. L'opéré allait très-bien; un lavement est administré, qui détermine quelques évacuations; on observe un peu de sensibilité au ventre; des cataplasmes de camomille sont appliqués; on prescrit deux grains de calomel le samedi. La plaie résultant de l'opération se réunit par première intention, excepté dans un point où on avait lié deux vaisseaux. Le 30, le malade était sur un fauteuil; on lui donne de la nourriture et un peu de vin. Le 7 il continue à aller très-bien. (*Dublin med. Press. et Ann. de la chirurg.*, janvier 1813.)

**INFANTICIDE** (*L'absence complète de la respiration chez un enfant nouveau-né n'exclut pas la possibilité de l'*). Tel est le principe médico-légal que M. Olivier d'Angers établit avec sa supériorité ordinaire, en s'appuyant sur des faits qu'il rapporte. Par une cause ou par une autre, la manifestation de la vie chez l'enfant nouveau-né, peut être suspendue plus ou moins longtemps. Un grand nombre d'accoucheurs sont parvenus, après une demi-heure, une heure et plus de soins incessants et sagement combinés, à opérer une véritable résurrection chez un enfant qui n'avait pas respiré, qui semblait être un cadavre, et qui cependant était vivant. On doit conclure de là que le commencement de la vie indépendante pour l'enfant ne résulte pas nécessairement de l'établissement de la respiration; que l'enfant peut, dans certains cas, vivre plus ou moins longtemps *sans respirer*. — On comprend dès lors que l'enfant puisse être tué dans cette courte et première période de sa vie extra-utérine, et qu'alors ses poumons aient tous les caractères qu'ils offrent chez tous les enfants mort-nés. A quel phénomène positif pourra-t-on, dans ces cas, reconnaître que l'enfant a vécu avant le crime? *à la coagulation du sang*, qui ne se manifeste quo pendant la vie par suite des blessures ou des coups violents. On peut bien sur le cadavre déterminer des ecchymoses ou infiltrations de sang; mais toujours alors le sang ainsi extravasé est *liquide*; sa coagulation n'a lieu dans la profondeur des organes ou sous la peau qu'autant que la blessure qui détermine l'épanchement sanguin a été faite pendant la vie. — Dès lors, quand on constate sur le cadavre d'un nouveau-né des blessures plus ou moins graves avec *coagulation du sang* des parties intéressées, on peut en conclure que ces blessures ont été faites pendant la vie de l'enfant, quand même l'autopsie démontrerait qu'il n'a pas respiré; et si ces blessures sont de nature à entraîner la mort, on est autorisé à penser qu'elles ont empêché l'établissement de la respiration, c'est-à-dire de la vie indépendante, et qu'ainsi il y a eu *infanticide*. (*Annales d'hygiène et de méd. légale*, janvier 1813.)

**INVERSION DES VISCÈRES sur**



*un jeune homme.* M. le docteur Géry fut appelé près d'un jeune homme de 20 ans, bien conformé, de haute taille (5 pieds 4 pouces), pour une maladie de poitrine à laquelle il succomba. L'auscultation avait fait reconnaître la présence du cœur à droite. A l'autopsie, faite par M. Géry, de concert avec M. le docteur Bonamy, on trouva le foie et la vésicule biliaire dans l'hypocoude gauche : le rectum et l'os iliaque à droite, le cœcum dans la fosse iliaque gauche, le grand cul-de-sac à l'estomac à droite, accompagné de la rate; l'orifice pylorique à gauche, la veine azygos était aussi à gauche. Le cœur était dirigé de haut en bas, et de gauche à droite : sur le cœur les cavités droites sont à gauche; le ventricule droit placé à gauche donne naissance à une artère pulmonaire qui se dirige obliquement de bas en haut, et de gauche à droite, et va du reste, comme dans l'état normal, croiser dans son trajet l'aorte descendante : mais ici le croisement a lieu du côté droit. L'oreillette de ce ventricule est à gauche, la veine-cave supérieure est à gauche de la crosse de l'aorte, et la veine-cave inférieure vient du foie qui est situé à gauche et se rend à l'oreillette. Partant du ventricule gauche qui est à droite, l'aorte se recourbe de gauche à droite et vient se placer sur le côté droit des vertèbres dorsales, lesquelles présentaient de ce côté la courbure latérale, qui dans l'état normal existe sur le côté gauche de la colonne. Le tronc brachio-céphalique est à gauche : les artères sous-clavières et carotides, par suite de l'inversion de la crosse de l'aorte, sont ici à droite et naissent isolément. L'œsophage longe le côté droit de la trachée. (*Arch. gén. de médéc.*, janvier 1843.)

**IODE ET BROME.** *Moyen de reconnaître immédiatement ces principes dans les corps marins qui les contiennent.* Ce moyen est dû à M. Alph. Dupasquier, de Lyon. On calcine, par exemple, 30 grammes d'éponge non lavée, ou de mousse de Corse ou de coraux dans un petit creuset muni de son couvercle, puis on triture le charbon qui en provient, et pendant qu'il est encore chaud, avec environ 80 grammes d'eau distillée, bouillante, et l'on filtre. On verse ensuite une portion de la liqueur filtrée dans un tube fermé par une extrémité. Le liquide ne

doit occuper que la moitié de la capacité du tube. Cela fait, on ajoute au liquide un peu de solution d'amidon, et l'on verse goutte à goutte une solution aqueuse de chlorure. L'iode, rendue libre, bleuit d'abord l'amidon. En continuant d'ajouter du chlorure, la couleur bleue disparaît, l'iode étant transformée en chlorure d'iode, et le liquide prend une teinte jaune qui annonce la présence du brome à l'état de liberté. Pour séparer le brome, il suffit alors de verser dans le tube un peu d'éther sulfurique, de manière à en former une couche d'un ou deux centimètres, et d'agiter un instant pour opérer le mélange momentané des liquides.

Par un repos de quelques secondes, l'éther vient surnager l'eau, tenant en solution le brome qui lui communique une couleur jaune, ou jaune rougeâtre, et le liquide aqueux se trouve décoloré. On peut ensuite le ramener au bleu, sans détruire la couleur de l'éther bromé : il suffit d'y ajouter un peu de solution filtrée mise à part. On a alors un iodure d'amidon qui est bleu, recouvert par une solution éthérée de brome.

Au lieu de chlorure, on peut se servir d'acide nitrique ordinaire, qu'on ajoute goutte à goutte jusqu'à ce que la couleur bleue soit bien prononcée. Il suffit alors d'ajouter l'éther et d'agiter fortement le tube, pour obtenir, par quelques secondes de repos, un liquide bleu ou violet recouvert d'une couche rougeâtre d'éther bromé. Dans cette expérience, les iodures et bromures sont décomposés en même temps, ce qui fait qu'on obtient immédiatement les deux couleurs qui caractérisent l'iode et le brome.

En mettant en pratique le procédé indiqué, M. Dupasquier a constaté la présence d'un iodure et d'un bromure dans le *Fucus crispus*; mais en apportant dans le mode opératoire une modification essentielle qui consiste à éliminer préalablement un sulfure alcalin très-prédominant dans le charbon de la mousse perlée et qui s'oppose à ce que les réactifs puissent y déclater la présence de l'iode et du brome.—On peut obtenir ce résultat par différents sels métalliques; mais M. Dupasquier donne la préférence au sulfate de zinc, qu'il ajoute au liquide en quantité suffisante pour qu'il n'y reste plus de traces de sulfure soluble. Après

avoir filtré pour séparer le sulfure de zinc, il opère, comme il a été indiqué, au moyen de l'amidon et de l'éther avec addition de chlore ou d'acide nitrique.

**IODURE DE POTASSIUM** (*Formule d'une eau gazeuse iodurée, pouvant servir à l'administration de l'*). L'iodure de potassium constitue l'un des plus puissants modificateurs de l'économie, dont la chimie moderne ait enrichi la thérapeutique. Le mode d'action de ce médicament est entièrement conforme aux idées qu'a émises M. Mialhe, après les recherches chimiques auxquelles il s'est livré. L'iodure de potassium est, selon lui, l'un des agents médicaux les plus aptes à enrayer le travail de la plasticité organique; il appartient à la classe qu'il a désignée sous le nom de *fluidifiante*; il est même un des plus énergiques. A l'intérieur, l'iodure de potassium ne doit jamais être prescrit, selon M. Mialhe, que sous la forme liquide, et jamais en pilules, sous peine de lui voir produire des douleurs gastralgiques assez intenses. Il convient de l'administrer en dissolution dans une boisson mucilagineuse, assez étendue et convenablement sucrée, afin de dissimuler, autant que possible, la saveur âcre salin-alkaline qui le caractérise; chacun sait, du reste, que c'est là la méthode généralement adoptée; toutefois ce mode d'emploi, tout rationnel qu'il est, offre encore quelque chose à redire relativement à la saveur du produit administré, qui est encore assez désagréable et difficilement supportée par quelques malades.

Voici la forme d'une préparation que M. Mialhe a eu l'occasion de voir prescrire avec succès, et qui lui paraît réunir tous les avantages désirables; il l'appelle *Eau gazeuse iodurée*.

Prenez :  
Iodure de potassium... 0 gr. 50 centig.  
Bicarbonate de soude... 2 — 30 —  
Acide sulfurique étendu  
de son poids d'eau... 2 — 50 —  
Eau pure, 1/2 bouteille, ou 320 gram.

On dissout les deux composés salins dans l'eau; on filtre, on introduit le produit filtré dans une demi-bouteille à eau gazeuse; on ajoute l'acide sulfurique étendu; on bouche immédiatement, et on assujettit convenablement le bouchon. L'eau gazeuse iodurée renferme 5 centig.

d'iodure alcalin par chaque trente grammes de véhicule. (*Journal des conn. médical.*, janvier 1813.)

**LIQUEUR MERCURIELLE normale propre à remplacer les autres préparations mercurielles.** Il résulte des recherches du M. Mialhe que l'action thérapeutique et même toxique qui résulte de l'administration des diverses préparations mercurielles employées, réside dans la petite quantité de sublimé corrosif qui se développe dans l'économie par l'action chimique qu'exercent sur ces préparations les chlorures alcalins que nos humeurs renferment. La quantité de sublimé produit est en rapport d'une part avec les chlorures alcalins qui existent dans nos organes, d'une autre, avec la nature de la préparation mercurielle ingérée. Ainsi les deutose de mercure se transforment immédiatement en sublimé, tandis que les protose ne subissent cette transformation que par une réaction secondaire. Il a été de plus établi par M. Mialhe qu'il résulte un fait chimique remarquable de la combinaison qui s'opère dans l'économie entre le sublimé, les chlorures alcalins et les éléments albumineux du sang, fait chimique qui permet au médicament de parcourir, sans éprouver aucune altération appréciable, tout le cercle circulatoire. C'est cette combinaison que M. Mialhe a eu en vue d'imiter dans sa liqueur mercurielle normale qu'il propose aux médecins, et dont voici la formule.

Eau distillée..... 500 gram.  
Sel marin..... 1 —  
Sel ammoniac..... 1 —  
Blanc d'œuf, n° 1.  
Sublimé corrosif..... 30 centig.

On bat le blanc d'œuf dans l'eau distillée; on filtre, puis on fait dissoudre les trois composés salins dans l'eau albumineuse et l'on filtre de nouveau. — La liqueur mercurielle normale contient 2 centigrammes de sublimé par 30 grammes ou 1 centigramme par cuillerée. — Cette liqueur étant, dit M. Mialhe, tout aussi efficace que la liqueur de Wanswieten, et ayant de plus que celle-ci l'avantage d'être toujours bien supportée par les malades, doit lui être préférée. (*Journ. des conn. méd.*, janvier 1813).

**LUXATIONS phalango-métacarpiennes** (*Considérations sur les*).

Il n'est pas de chirurgien qui n'ait été frappé de la résistance que ces luxations opposent aux moyens de réduction, et qui ne sache que dans plusieurs cas l'art a été impuissant à y remédier. Cette résistance dépend-elle de la disposition des surfaces articulaires, comme le pensait B. Bell, ou du changement de direction imprimé aux ligaments latéraux qui, selon Dupuytren, restaient intacts dans ces luxations, et qui, de parallèles qu'ils sont à l'axe des deux os dans l'état normal, lui devenaient perpendiculaires par l'effet du déplacement, et devaient ainsi appliquer les os l'un contre l'autre? MM. Vidal, de Cassis, et Paillox ont établi que dans la luxation métacarpo-phalangienne du pouce, l'irréductibilité était due à une boutonnière qui étranguait la tête du métacarpien, boutonnière qui se fermait toujours plus à mesure qu'on opérât des tractions sur la phalange. Cette boutonnière est formée en dehors par la portion externe du petit déchisseur du pouce et par le court adducteur; en dedans par la portion interne du petit déchisseur et par l'adducteur. C'est dans le but d'éclairer le mécanisme de cette luxation, dont un exemple récent s'est présenté dans le service de M. Marchal, à Strasbourg, que le docteur Biérchy s'est livré à de nouvelles recherches qui ne doivent pas être perdues pour la thérapeutique. Mais, avant d'en exposer le résultat, voici le fait qui y donna lieu : une jeune fille de dix-neuf ans vint à la consultation de M. Marchal pour une luxation récente de la première phalange de l'indicateur sur le métacarpien. La base de la phalange occupait la face dorsale du métacarpien, dont la tête articulaire proéminait en avant et en bas dans le creux palmaire. En dehors de cette saillie les téguments distendus présentaient une dépression profonde, on eût dit d'une enaille. Ce sillon profond est caractéristique de ce genre de lésion. Il existait encore dans une luxation analogue, mais d'ancienne date. Déjà d'énergiques tentatives de réduction avaient été faites. M. Marchal les renouela, et fit dans ce but les tractions les plus méthodiques, combinant alternativement les extensions énergiques et les flexions brusques. Toutes ces manœuvres opératoires furent inutiles. Adoptant alors la théorie professée par MM. Vidal et Paillox et

le précepte chirurgical que M. Maigne en a déduit, M. Marchal proposa de trancher la difficulté par la section de la lèvre externe de la boutonnière; mais la malade s'y refusa. Dans cette circonstance, de nouvelles investigations furent faites sur le cadavre, en vue de préciser la part qui revient à chacune des causes d'irréductibilité indiquées par les auteurs. 1° Sur une main dépouillée de toutes ses parties molles, et où on ne laissa d'autre moyen d'union entre les surfaces articulaires que les ligaments latéraux, la capsule elle-même ayant été enlevée, l'expérimentateur luxa toutes les articulations métacarpo-phalangiennes. Les ligaments, ainsi que Dupuytren l'avait avancé, devinrent perpendiculaires aux os, de parallèles qu'ils leur sont dans l'état normal; mais s'il faut un certain effort pour produire le déplacement, la réduction est des plus faciles. 2° Sur une autre main, les ligaments et les capsules furent laissés intacts, et voici comment s'opéra la luxation. Au moment où elle a lieu, la capsule se déchire et donne passage à la tête du métacarpien; elle est de plus entraînée en arrière par la base de la phalange déplacée et s'interpose entre le col métacarpien et le rebord antérieur de la base de la phalange. Elle constitue ainsi entre la phalange et le métacarpien un bourrelet, une sorte de coin qui offre une grande résistance à la réduction en s'enroulant sur elle-même d'abord, puis en contribuant aussi à la distension des ligaments latéraux. Dans la réduction du doigt médian, toutes les tentatives restèrent infructueuses jusqu'à ce que la capsule eût été dégagée d'entre les surfaces articulaires. 3° Enfin, relativement à la boutonnière, les recherches que nous signalons confirment la théorie de MM. Vidal et Paillox.

En résumé, l'irréductibilité de ces luxations ne doit pas être attribuée à une cause unique et absolue, mais bien à toutes celles que les auteurs ont indiquées; chacune en effet y contribue pour sa part. Ainsi, les os par l'inégalité de leurs surfaces articulaires, les ligaments en fixant les deux leviers déplacés; les capsules en s'enroulant dans l'interstice qui les sépare l'un de l'autre; enfin les muscles par la réaction énergique qu'ils opposent aux efforts de réduction et surtout par l'étrangle-

ment circulaire du col métacarpien qu'ils circonscrivent. De ces considérations l'auteur conclut.

1° Qu'en thèse générale les luxations métacarpo-phalangiennes sont irréductibles par les moyens ordinaires; 2° que l'obstacle fondamental étant soit la rétraction musculaire, soit la disposition de la capsule, il sera d'indication, tous les autres moyens ayant été inutilement tentés, de recourir au débridement, par l'instrument tranchant, des parties qui font obstacle; 3° pour le débridement d'une des lèvres de la boutonnière, indiqué par M. Malgaigne le premier, il faudrait procéder des parties profondes aux parties superficielles pour ménager les vaisseaux et nerfs digitaux; pour le débridement de la capsule, il faudrait glisser le ténotome entre les surfaces articulaires, et inciser à la hauteur du métacarpien la portion de la capsule qui l'embrasse. (*L'Expérience*, janvier 1843.)

**NAPHTALINE** (de la), comme médicament incisif et expectorant. Nous avons publié les bons résultats obtenus par M. Emery de l'emploi de la naphthaline dans le traitement du psoriasis, et l'on a pu juger (tom. XXIII, p. 17) des propriétés excitantes de ce médicament sur le derme. Voici M. Dupasquier qui a utilisé cette vertu en administrant ce remède à l'intérieur, et qui, après expérimentation clinique, propose la naphthaline comme le meilleur incisif, le meilleur expectorant qu'on puisse administrer dans ces catarrhes chroniques des vieillards, où il y a quelquefois menace de suffocation par suite de l'impossibilité d'expulser les matières qui obstruent les bronches. M. Dupasquier donne la naphthaline à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes dans un looch blanc qu'on administre par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure. Il est bon de savoir que la naphthaline étant insoluble dans l'eau, doit être longtemps triturée avec la gomme pour l'avoir à un grand état de division et pour qu'elle puisse rester longtemps en suspension. Le médicament peut être aussi donné en sirop. En voici la formule :

Naphtaline ..... 1 gramme.

Dissolvez dans la plus petite quantité possible d'alcool étuvé à peu près

au degré de l'ébullition, puis triturez avec

Sirop de sucre..... 125 grammes.

A l'aide de l'alcool, on obtient un plus grand état de division; mais on pourrait se borner à la trituration avec le sirop. Du reste, il y a précipitation de la dissolution alcoolique lorsqu'on la mélange au sirop qui prend l'apparence du sirop d'orgeat. Il convient de ne préparer ce sirop qu'au moment de l'employer, pour éviter la cristallisation d'une portion de la naphthaline, que le temps amène. Le sirop de naphthaline doit être administré par cuillerée à café, quatre et même six fois par heure, jusqu'à ce qu'il détermine une expectoration abondante. (*Journ. de méd. de Lyon*, décembre 1842.)

**NÉURALGIE SCIATIQUE.** Son traitement par la morphine administrée par la méthode endermique; emploi intérieur de la strychnine pour consolider la guérison. Le Mémoire dont nous allons entreprendre de donner la substance pratique est des mieux faits et des plus intéressants. Limité par notre cadre, nous ne pourrions suivre l'auteur, M. Rougier, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans tous les développements importants qu'il nous donne, ni nous arrêter sur les nombreuses observations que renferme ce travail, qui n'a pas moins de 104 pages. Notre but sera atteint si, pénétrés que nous sommes de l'excellence des données thérapeutiques qu'il nous fournit, nous parvenons à les résumer assez nettement, assez clairement pour que nos lecteurs y trouvent leur profit.

La névralgie fémoro-poplitée, de laquelle seule il est ici question, est essentiellement inflammatoire quand elle est franchement aiguë. On la guérit quelquefois par les antiphlogistiques; mais le plus souvent elle passe à l'état chronique. Alors elle est opiniâtre; toutes les ressources de l'art viennent se briser contre elle, et personne ne peut assurer une limite à cette maladie dont d'atroces douleurs sont le caractère dominant. Ce sont ces douleurs dont il faut triompher. Or, le meilleur moyen à employer dans cette vue, c'est l'opium, ou mieux les sels de morphine introduits par la méthode endermique. Ce moyen n'est pas nouveau; mais ce que M. Rougier

revendique, c'est le procédé qu'il emploie, les doses auxquelles il porte le médicament et, aussi, comme l'ayant proposé le premier, l'usage de la strychnine à l'intérieur comme preuve et surtout comme complément souvent indispensable de la guérison.

Pour dénuder la peau de son épiderme, M. Rougier donne la préférence au marteau chauffé à l'eau bouillante. La tête de son marteau a sur une de ses faces un diamètre d'un pouce, et de six lignes seulement sur l'autre. Après avoir laissé ce marteau pendant cinq minutes au moins dans l'eau bouillante, il le retire, et après l'avoir essuyé avec soin, il l'applique bien à plat sur la partie en appuyant un peu, et en ne le laissant qu'un espace de temps inappréciable par sa brièveté; il le retire brusquement en faisant parcourir par un de ses bords toute la surface qui a été touchée. Cette dernière manœuvre fronce l'épiderme et le rend facile à enlever par une légère friction avec un linge. Sans retremper l'instrument, on peut faire ainsi, l'une après l'autre, trois vésications s'il en est besoin.

Quel que soit le point du nerf sciatique où la douleur existe au moment où M. Rougier a à la combattre, son premier vésicatoire est placé sur le point qui a été le premier affecté; il passe promptement à la vésication sur les parties actuellement douloureuses. Si la douleur se déplace, il la poursuit avec la morphine dans les divisions du nerf sciatique et dans les dernières ramifications nerveuses. Il faut de la persévérance et de l'opiniâtreté, et de fortes doses de morphine. Si la douleur vient au bas de la jambe, au pied, partout, là le vésicatoire et le remède. — Quand la douleur est éteinte dans tout le membre, pour maintenir la cure, il continue encore quelques jours le remède à doses décroissantes.

Le sel de morphine que M. Rougier a reconnu le plus soluble quand il est bien pur, et auquel il donne la préférence, c'est l'hydrochlorate. Il a soin, avant d'étendre le remède sur la petite plaie, de l'humecter avec une goutte d'eau. — La dose qu'il a employée, suivant les cas et surtout suivant les idiosyncrasies, varie depuis 5 centigrammes jusqu'à 50 et 60 centigrammes par jour, mais en y arrivant par doses progressives. Ces

doses élevées l'ont souvent obligé, dans des névralgies très-anciennes qui exigeaient un traitement prolongé, à multiplier les surfaces absorbantes; de sorte que chez certains malades il y a eu successivement de trente à cinquante vésicatoires. — M. Rougier ne panse ses malades qu'une fois par jour. L'avantage qu'il y trouve, c'est que quelques heures après ce pansement, les principaux effets généraux du médicament sont évanouis, et que cependant la sédation locale persiste; c'est que toutes les fonctions reprennent à peu près leur intégrité, que la tête est libre, les nausées cessent, la digestion se fait, et qu'on est ainsi dispensé de tenir à une diète forcée pour une maladie locale des individus encore forts et vigoureux.

Les effets produits par l'opium administré par la méthode endermique sont connus. M. Rougier n'a observé rien de bien nouveau à cet égard. La moelle épinière et le cerveau reçoivent d'abord son influence: il y a de la céphalalgie, des vertiges, de la somnolence avec rêveries, une sorte d'ivresse. Notre confrère a noté, comme un des phénomènes les plus constants, le resserrement des pupilles, l'inappétence, des nausées avec ou sans vomissements, souvent diminution de l'urine et douleur à l'émission, chaleur de la peau, démanagements, sueur plus ou moins générale, éruptions miliaires. Ces phénomènes ne se montrent jamais ensemble sur le même individu, ils varient suivant les circonstances.

M. Rougier a employé la méthode endermique sur plus de 150 individus, et jamais il n'a vu par ce moyen survenir les douleurs atroces dont parle M. Vallerix. Il s'est convaincu par ces nombreux essais que des doses minimes de sel de morphine avaient peu d'effet; que pour abréger le traitement, et avoir un résultat prompt et décisif, il fallait agir avec des doses fortes, de manière que l'opium eût un effet non-seulement local, mais général; qu'il était bon de saturer pour ainsi dire l'économie. Aussi la dose la plus faible pour lui est de 7 centigrammes (un grain et demi); il l'augmente rapidement, et sur un certain nombre de malades du sexe masculin, nous le voyons souvent faire absorber jusqu'à 60 centigrammes en un jour. Chez les femmes, les doses sont généralement plus faibles. Du reste, il

faut aller progressivement et agir avec prudence, car les idiosyncrasies sont différentes. M. Rougier assure néanmoins que, malgré des doses élevées, il n'a jamais eu d'accidents sérieux et prolongés d'intoxication; que chez aucun sujet il n'a eu besoin d'avoir recours aux évacuations sanguines pour combattre l'action sur le cerveau : les acides et les réulsifs lui ont constamment suffi pour les faire disparaître. Nous voudrions pouvoir analyser les nombreuses observations fournies par notre confrère et montrer avec quelle résolution il a employé chaque jour chez le même sujet 20, 25, 30 et 35 centigrammes d'hydrochlorate de morphine d'une manière continue, ou on le laissant reposer deux ou trois jours quand les symptômes l'indiquaient, et en le mettant alors aux boissons acidulées pour revenir ensuite au remède. — Pour les sciatiques simples et récentes, une pratique du plusieurs années lui donne l'assurance que quelques grains de sels de morphine et un traitement de trois à quatre jours peuvent les faire disparaître, même quand l'invasion daterait de plusieurs mois. Parmi les observations qu'il rapporte, nous avons noté une névralgie sciatique gauche qui datait de sept mois, chez un homme de moins de 32 ans, et qu'il a guérie en 28 jours et avec 25 vésicatoires; une affection de même nature, durait depuis 6 mois, chez un maçon de 37 ans, qui a été guérie en 10 jours; une névralgie sciatique droite, chez un vigneron de 32 ans, qui durait depuis 18 mois, et chez lequel il a fallu un mois de soins et 50 vésicatoires.

Mais la douleur disparue, si la névralgie était ancienne ou s'il a fallu employer longtemps la morphine, il reste dans le membre une faiblesse, quelquefois assez grande pour empêcher la progression, et ressemblant à ces demi-paralysies qui surviennent pendant longtemps à des congestions cérébrales lentement résorbées. C'est ici que la strychnine sera utile pour combattre cet accident, et M. Rougier trouvera même dans ce remède une pierre de touche pour savoir si la névralgie sciatique a été réellement guérie par la morphine, et s'il n'y a plus de récédive à craindre.

Dans la plupart des cas, peu de jours de l'emploi de la strychnine

ont suffi pour réveiller la sensibilité du nerf sciatique, émuée ou pervertie par une maladie longue et douloureuse; pour rendre au membre sa force normale et effacer, soit localement, soit dans toute l'économie, jusqu'à la moindre trace de l'influence de l'opium. M. Rougier donne la strychnine par pilules d'un huitième de grain. Il commence par une pilule toutes les douze heures, puis il augmente progressivement, suivant l'idiosyncrasie particulière et les effets produits, jusqu'à arriver à 5 ou 7 centigrammes (un grain et demi) dans les vingt-quatre heures. Le second ou le troisième jour, il y a des secousses dans le membre malade; bientôt se manifestent de véritables élancements douloureux qui suivent le trajet du tronc nerveux et de ses divisions. Ces douleurs augmentent par l'usage du remède; elles sont plus vives la nuit que le jour, et elles arrivent au point de reproduire la douleur de la névralgie sciatique telle qu'elle existait avant le traitement.

Lorsque les effets de la strychnine sont arrivés à ce point, voici à quoi l'on reconnaît si la guérison de la névralgie a été obtenue, ou si, au contraire, la maladie doit récidiver. Dans le premier cas, la douleur que la strychnine a réveillée va ébahir jour ou s'affaiblissant, malgré l'augmentation de la dose du remède. Les secousses continuent toujours, elles augmentent même de fréquence et d'intensité; mais elles finissent par être plutôt incommodes que douloureuses. On peut alors cesser l'usage de la strychnine, comme moyen d'épreuve, s'il n'est nécessaire de le continuer pour rendre la force au membre. Dans le second cas, au contraire, la douleur, loin de diminuer, va toujours en augmentant, et force bientôt à abandonner le remède : la névralgie sciatique, devenue aussi intense qu'avant le traitement, démontre que la méthode épidémique n'a pas été portée assez loin. Dans ce cas, il faut recommencer l'emploi; mais une remarque importante qu'a faite M. Rougier, c'est qu'alors la maladie, ravivée par la strychnine, avait une marche plus aiguë, plus prompte; la saturation par l'opium était plus facile à obtenir, et la strychnine employée de nouveau l'a toujours rassuré alors sur l'éventualité d'une seconde récédive. (*Journ. de méd.*

de Lyon, décembre 1842 et janvier 1843.)

**NÉVROMES** (*Extirpation de*) *sur le trajet du nerf médian.* Ce fait contribuera à éclairer l'histoire des névromes, qui, sous le rapport symptomatique, laisse encore beaucoup à désirer. Bourion, instituteur, est âgé de 23 ans; il y a dix ans, apparition d'une petite tumeur arrondie et peu mobile, peu saillante à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras droit. Progrès lents; douleurs à la pression; pas de changement de couleur à la peau; seulement, au dire du malade, il y eut à la surface de la peau qui recouvre la tumeur une perspiration, d'apparence grasseuse; peu de temps après, une autre tumeur se développa au-dessus de la première; jamais ces tumeurs n'ont gêné le mouvement de l'avant-bras et des doigts. Actuellement, de ces tumeurs, la supérieure et la plus volumineuse, située à une égale distance du coude et du poignet, a 8 centimètres de long sur 3 de large; son plus grand diamètre est dans l'axe du membre: il est facile de s'assurer qu'elle pénètre entre les muscles. La seconde, moins volumineuse, est plus superficielle; peu avec la coloration normale, sans adhérence avec les tumeurs; quelques veines sont plus dilatées au niveau des tumeurs. Léger engourdissement dans l'avant-bras et les mains; douleur véritable seulement à la pression, plus marquée à la main et au bras qu'à l'avant-bras. Quand la pression est continue, fourmillement douloureux dans les doigts et gêne de leurs mouvements, avec diminution de la sensation tactile. Tous les exercices qui exigent la contraction des muscles fléchisseurs des doigts et de la main produisent une douleur proportionnée à l'intensité de l'effort. Jamais de douleurs lancinantes. M. Bonnet, sans se prononcer d'une manière absolue, pensa que la lésion la plus probable était l'existence d'une tumeur squirrheuse ou fibro-celluleuse intermédiaire. — *Opération.* — Incision des téguments et de l'aponévrose antibrachiale dans l'étendue de 15 centimètres environ: on découvre la tumeur inférieure placée au-devant des tendons des muscles fléchisseurs superficiels et profonds. La tumeur supérieure est recouverte par les fibres écartées et aplaties des muscles grand palmaire

et fléchisseur superficiel. Par la dissection, on découvre deux autres tumeurs tellement rapprochées, qu'on a pu croire à l'existence d'une seule. Ces trois tumeurs sont liées entre elles par un cordon blanchâtre et résistant, qu'on reconnaît pour le nerf médian lui-même. Le nerf est coupé au-dessus et au-dessous de ces tumeurs. Cette section produit une douleur que le malade compare à une commotion violente ressentie dans le bras et dans la main. Abolition de la sensibilité tactile des quatre premiers doigts; celle du cinquième reste intacte. Sensibilité conservée à la face dorsale; faculté d'imprimer aux doigts des mouvements peu étendus de flexion et d'extension. Ces trois tumeurs avaient chacune le volume d'un oignon blanc de moyenne grosseur; on observait à leur surface de petites côtes peu saillantes, disposées longitudinalement. L'aspect cannelé de ces tumeurs fit présumer que les fibrilles nerveuses étaient peut-être éparpillées. En effet, par une incision longitudinale on peut extraire par énucléation une masse blanchâtre contenue dans une poche, dont la face externe était recouverte par des fibrilles nerveuses éparpillées. Cette poche paraissait être le névrilôme condensé: la production morbide présentait les caractères de la matière squirrheuse; elle était d'un blanc grisâtre, élastique, peu vasculaire; elle contenait dans son centre, en quelques points raciolis, de la matière encéphaloïde, avec quelque trace de vasculature. Au-dessus, au-dessous et dans l'intervalle de ces tumeurs le nerf médian était parfaitement sain. Un mois après l'opération le malade succomba après avoir présenté des symptômes de résorption purulente. L'autopsie ne put être faite. L'auteur de cette observation, frappé des graves inconvénients qu'entraîne la section d'un nerf avec perte de substance, s'est demandé si, dans les cas où on agirait sur un tronc nerveux, comme le médian, le nerf sciatique, etc., on ne pourrait pas avec avantage modifier le procédé opératoire et chercher par une incision longitudinale à énucléer le produit morbide, qui, plus souvent qu'on ne le croit généralement, serait enkysté dans une enveloppe formée par le névrilôme, et à la surface de celui-ci par les fibrilles nerveuses aplaties

mais sans participation à la dégénérescence. Sans doute c'est là une idée ingénieuse; mais est-elle applicable? voilà toute la question. D'abord, comment comprenez-vous ces tumeurs? sont-elles un produit de sécrétion enkysté? dans ce cas il ne faut pas seulement enlever ce produit, mais, de plus, l'organe producteur, c'est-à-dire le kyste : sans cela la récidive de la tumeur est pour ainsi dire certaine. Or, où est le kyste dans ces tumeurs névromatiques? c'est précisément le névriôme, et c'est lui que vous conseillez ainsi de conserver avec les fibrilles nerveuses qui l'entourent. Ce précepte est donc en opposition avec les lois de médecine opératoire qui régissent l'ablation des tumeurs enkystées. Sans parler des difficultés qu'une semblable dissection offrirait, je demande s'il est rationnel de conserver dans l'économie un tissu au centre duquel l'existence de matière encéphaloïde a été constatée. N'est-il pas de principe que l'on doit sacrifier le plus possible de tissus sains autour des tumeurs cancéreuses, afin de prévenir, autant que faire se peut, la récidive, toujours à craindre? Aussi, quelque fâcheuse que soit en réalité l'excision de la portion du nerf qui est le siège de ces tumeurs névromateuses, il ne faut pas hésiter à la faire : car conserver la continuité du nerf en pareille circonstance, serait exposer le malade à voir la maladie se reproduire. (*Journ. de médéc. de Lyon*, octobre 1842.)

**ŒSOPHAGE** (*Cas de rétrécissement de l'*). Nous avons vu à la Pitié, dans le service de M. A. Bérard, un homme qui avait un rétrécissement considérable de la partie supérieure de l'œsophage. La déglutition était très-difficile; les sondes étaient arrêtées au-dessus du larynx, et le liquide qu'on injectait reflétait vers la bouche au lieu de descendre dans l'estomac; plusieurs fois, en pratiquant le cathétérisme, on avait constaté que la sonde frottait contre un corps rugueux. Au moment où M. Bérard agita la question de savoir s'il fallait pratiquer l'œsophagotomie, le malade est mort d'une pneumonie. A l'autopsie, on a trouvé un rétrécissement de 1 centimètre d'étendue verticale formé par du tissu squirrheux, et au-dessus un noyau de prune, sorte de bouchon, que ni les

sondes ni les liquides ne pouvaient déplacer pour franchir le rétrécissement. C'est ce corps étranger qui explique la sensation éprouvée en pratiquant le cathétérisme. Si l'on avait exploré l'œsophage avec une sonde métallique, on serait arrivé à un diagnostic positif, et l'on aurait pu et dû alors pratiquer bien plus tôt l'œsophagotomie pour retirer ce noyau, qui a certainement pu être la cause de l'altération du conduit œsophagien et de son rétrécissement. (*Bull. de l'Acad.*, janvier 1843.)

**ŒSOPHAGE** (*Symptômes chroniques de rétrécissement de l' guéri par l'iodure de potassium*). Le fait suivant a à nos yeux un grand intérêt, soit que les symptômes présentés par la malade soient rapportés à une syphilis constitutionnelle, soit qu'ils aient eu pour origine un engorgement glanduleux, serofuleux, squirrheux. Le diagnostic essentiel n'est pas ici établi. Toujours est-il que l'iodure de potassium a eu une efficacité des plus remarquables. — Madame Liénard, d'Anvers, mère de famille, âgée de trente-cinq ans, présentait depuis deux ans les symptômes d'un rétrécissement de l'œsophage. Voici les symptômes : douleur comme d'une brûlure dans la gorge, à la hauteur de la partie supérieure du sternum, devenant insupportable pendant les repas; impossibilité d'avaler des aliments solides; les pul-tacés ne passent qu'à force de boire une grande quantité d'eau; rejet fréquent des matières alimentaires, mêlées de mucosités peu après leur introduction; sensation d'étouffement et de suffocation pendant la déglutition; émaciation progressive, couleur jaune paille de la face; toux sèche; mouvements fébriles le soir; sueurs nocturnes, affaiblissement considérable; aménorrhée depuis trois mois. Cette malade avait été soumise à divers traitements qui avaient été complètement inefficaces, lorsqu'elle s'adressa, dans le mois de juin 1842, à M. le docteur Rul-Ogez, qui ne fut pas plus heureux par l'usage des émollients, des antispasmodiques, de la ciguë, de la jusquiame noire, de la belladone à hautes doses. Il allait passer à la dilatation de l'œsophage et à la cautérisation, lorsqu'à cause de l'ignorance de la nature intime du mal, il eut la pensée de recourir à l'iodure de potassium. Il commença ce médicament à la dose de 50 cen-



tigrammes. Le résultat fut remarquable : à peine la malade en avait-elle fait usage pendant quelques jours, que la déglutition s'opéra avec facilité ; bientôt elle put avaler des aliments solides sans être obligée de boire de l'eau en abondance ; la menstruation se rétablit ; la toux, la fièvre, les sueurs nocturnes disparurent, et la malade reprit rapidement des forces. Elle n'a pris l'iodure de potassium que pendant deux mois et seulement jusqu'à la dose de 4 grammes par jour. Il y a aujourd'hui quatre mois qu'elle se trouve entièrement guérie de sa pénible maladie. (*Journal de Méd. de Bruxelles*, janvier 1843.)

**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** (*Emploi du sulfate de quinine dans le*). Depuis l'article que M. Briquet a publié dans le *Bulletin*, il a continué chez les rhumatisants entrés dans ses salles, à l'hôpital Cochin, le sulfate de quinine ; mais, comme nous l'avons dit, il a diminué les doses : il ne dépasse aujourd'hui jamais 4 grammes quand le rhumatisme est grave, la fièvre très-vive, le sujet vigoureux ; 3 grammes quand l'affection est de moyenne intensité, et il s'est limité à 2 grammes, 2 grammes 50 centigrammes, pour les rhumatismes chroniques chez les femmes, les personnes chétives. Il continue à préférer l'administration du sel en dissolution complète, à l'aide de l'acide sulfurique, dans une quantité de 180 grammes de véhicule ; cette forme donne seule une médication identique et permet une absorption prompte. On corrige d'une manière notable l'amertume de la potion soit en l'édulcorant avec un sirop acide, tel que celui de groseilles, de cerises ou le sirop tartrique, soit en faisant sucer après chaque prise quelques tranches d'orange. Nous n'entrerons pas dans tous les détails que nous donne M. Briquet dans l'article que nous avons sous les yeux ; on les trouvera dans celui qu'il a publié dans notre journal (*Voy. t. XXIII, p. 328*). — 27 nouveaux malades ont été traités depuis cette époque. Le rhumatisme pouvait être considéré comme grave chez 5, comme fort chez 8, comme d'une moyenne intensité chez 6, et comme faible chez les 8 autres. — 3 malades sont sortis du septième au dixième jour, 11 du onzième au vingtième jour, 2 le vingt-sixième jour, 2 le trente-cinquième, 1 le quarante-sep-

tième jour, 1 le cinquante-septième jour et 1 le soixantième jour, ce qui donne pour moyenne vingt-trois jours à l'hôpital. — Il est plus que probable que les doses de sulfate de quinine qu'on continue à administrer seront encore bientôt diminuées de beaucoup. Elles ne nous paraissent pas nécessaires. (*Journ. de Méd. de la rev. méd. chirurg.*, février 1843.)

**TEIGNE** (*Sur un traitement de la*). M. Bouchardat nous rappelle la formule d'une pommade à base alcaline employée par Sydenham, laquelle se rapprocherait de celle dont se servent MM. Mahon, et qui consiste uniquement, d'après des analyses faites, en cendres végétales et en axonge. D'après cela, le remède de MM. Mahon, auquel leur babilé et les soins qu'ils prennent des malades donnent une partie de sa valeur, ne serait pas d'invention récente. Voici l'onguent que Sydenham employait contre les teignes de la tête : c'est son expression.

Huile d'amandes, huile de lanier, cendres de feuilles d'aune (*acethemista abrotanum*), de chaque, 30 grammes. Mêlez avec soin et faites un liniment. Il en faisait oindre toute la tête chaque matin, en frictionnant avec soin, et il faisait superposer ensuite une vessie de cochon. Il commençait le traitement par une purgation. (*Journ. des conn. méd.*, janvier 1843.)

**VENIMEUX** (*Maladies graves attribuées à la morsure d'un animal*). Il s'est passé dans la prison de Montaigu un fait qui a pour nous plus de valeur que ne lui en a donné la commission de l'Académie qui en a été saisie. Deux militaires condamnés au boulet sont déposés pendant la nuit du 1<sup>er</sup> au 2 juillet dernier dans un cachot pour être transférés le lendemain à Nantes. A leur arrivée dans cette ville, M. Barré, médecin des prisons, constate à la cuisse gauche de l'un et à l'avant-bras gauche de l'autre sujet, de petites plaies rondes, bleuâtres, de 2 millimètres d'étendue, par lesquelles s'écoule une humeur séro-purulente. Le tissu cellulaire est aux alentours gonflé, rénitent ; la peau est tendue, luisante ; ils présentent tous les signes d'une inflammation locale, néanmoins faible et sans fièvre. Ces prisonniers attribuent ces accidents au venin d'un animal qui les aurait mordus pen-

dant la nuit précédente. Chez l'un des sujets la plaie de l'avant-bras a suppuré; il s'est formé un abcès sous-cutané qu'on a incisé; il a guéri au douzième jour. La terminaison a été fatale pour l'autre prisonnier. Un abcès s'est également formé sous la piqûre de la cuisse et a été ouvert; mais l'inflammation a gagné l'aine et la fesse, puis les bourses et les téguments du ventre qui se sont infiltrés; il y a eu des symptômes d'absorption purulente; les plevres, le péritoine se sont remplis de sérosité, et il a succombé au bout d'un mois. Le ministre de la guerre ayant demandé un rapport, M. Barré y a émis l'opinion que les piqûres avaient pu être faites par l'araignée des caves; cette opinion n'a point été partagée par MM. Delens et Dumeril, commissaires de l'Académie. Ils rapportent à quelque corps dur ou tranchant imprégné de substances altérées, corrompues, les écorchures qui ont donné lieu à ces graves désordres. Pour notre compte, nous ne comprenons pas bien qu'un accident identique dans ses résultats chez les deux sujets ait eu une semblable cause, les prisonniers ne s'étant du reste aperçus de rien. Des plaies de si mauvaise nature ne peuvent avoir été produites que par un venin assez subtil, et malgré les raisonnements de M. Dumeril, nous penchons pour l'opinion de M. Barré. (*Journ. de méd. de la Loire-Inf.*, décembre 1812.)

**VESSIE** (*Rupture de la*) par une violence extérieure. La rupture des parois de la vessie produite par une violence extérieure et les symptômes que cette lésion détermine constituent un fait pathologique assez rare et d'un diagnostic assez difficile pour que nos lecteurs trouvent de l'intérêt à l'observation suivante. Le 14 janvier, entre à l'Hôtel-Dieu un homme qui, dans un état d'ivresse complète, fut attaqué, renversé et frappé à plusieurs reprises avec force sur le ventre et les parties génitales. — Les symptômes qu'il présente sont : envies fréquentes d'uriner, impuissance d'y satisfaire; trois vomissements bilieux; pâleur de la face, pouls vif et fréquent; à la région hypogastrique, tuméfaction considérable remontant jusque près de l'ombilic. Le toucher par le rectum et l'hypogastre en même temps ne put faire reconnaître le bas-fond de la vessie, aucune fluctuation par

conséquent de liquide dans cet organe. Le cathétérisme pratiqué avec une grosse sonde produisit une vive douleur au moment où l'instrument passa sous le pubis. Il déterminait l'issue d'un verre d'urine sanguinolente, suivie de l'écoulement d'un sang pur. Un second cathétérisme amena un résultat analogue. M. Deuonvilliers, suppléant de M. le professeur Roux, engagea le malade à faire des efforts pour expulser l'urine; ces efforts furent constamment sans effet. En tournant la sonde vers la partie antérieure de la vessie, il sembla qu'elle frappait contre quelque chose de rude. Des symptômes évidents d'inflammation existant dans la région hypogastrique, on y appliqua 40 sangsues. Le lendemain 15 janvier, la tumeur de l'hypogastre avait augmenté de volume; il était sorti très-peu d'urine de la vessie, malgré les envies fréquentes d'uriner. Dans la nuit, vomissements.

Le 16, abattement général; nouvelle application du cathétérisme, suivie de l'issue d'une petite quantité de liquide, d'abord limpide, puis sanguinolent. M. Deuonvilliers, dans le but de délayer les caillots sanguins et de faciliter ainsi la sortie de l'urine, fit deux injections d'eau tiède dans la vessie. Une première fois le liquide injecté fut rendu en totalité par l'urètre: il était un peu coloré en rouge; après la seconde injection, faitu le lendemain de la première, le liquide n'est pas retenu, bien qu'on l'eût aspiré par l'ouverture de la sonde. — Le malade étant mort le 17, on trouva à l'autopsie: 1<sup>o</sup> une fracture de la branche ascendante du pubis, avec saillie d'un fragment osseux en dedans; d'où la douleur éprouvée par le malade quand la sonde passait sous le pubis; d'où les larges ecchymoses observées pendant la vie; 2<sup>o</sup> dans le point correspondant à la tuméfaction abdominale existe une poche remplie d'urine sanguinolente et de caillots sanguins, tapissée d'une espèce de fausse membrane qui la circonscrivait d'avec les parties voisines et communiquant par une ouverture avec la vessie, qui était rompue dans sa face antéro-postérieure. La déchirure de cet organe était de la largeur d'une pièce d'un franc; elle était irrégulière et bouchée par des caillots sanguins et de fausses membranes. Cette poche accidentelle, formée par le tissu cellulaire sous-péritonéal et

par de fausses membranes, résultat d'un certain degré d'inflammation, était recouverte par le péritoine et s'étendait jusqu'au niveau des artères ombilicales. La présence de cette poche, où se trouvait une certaine quantité d'urine, explique l'état de vacuité presque complète dans lequel était la vessie. Les circonstances particulières offertes par le malade, qui était ivre au moment de son accident, ce qui suppose l'ingestion d'une assez forte dose de liquide, ne permettent aucun doute sur l'état de plénitude de sa vessie lorsqu'il fut violemment frappé sur la région hypogastrique et pubienne, et sous ce rapport, cette observation est conforme à l'opinion des auteurs, qui ne croient à la possibilité de la rupture de la vessie qu'autant que cet organe est distendu par une quantité notable de liquide. Ce qui distingue ce fait de la plupart de ceux du même genre dont la relation nous a été conservée dans les ouvrages classiques, c'est l'existence d'une cavité accidentelle et l'espèce d'enkystement sous-péritonéal de l'urine et du sang épanché, circonstance fort remarquable qui, en l'ajoutant à l'absence des symptômes si caractéristiques de la résorption urinaire, tendrait à faire admettre que l'épanchement s'est fait lentement. Cette opinion paraîtra plus vraisemblable encore

si l'on peut se rappeler que l'ouverture traumatique de la vessie était assez étroite, qu'elle était inégale et bouchée par de fausses membranes.

De ces données fournies par l'examen anatomique, on doit conclure que dans les cas semblables on présumés tels il convient : 1<sup>o</sup> de laisser à demeure dans la vessie une sonde qui évacuera l'urine au fur et à mesure qu'elle y sera versée par les urètres; cette sonde sera fréquemment renouvelée si des caillots sanguins venaient à l'obstruer; on remplira ainsi l'indication principale, qui est autant que possible de diminuer l'épanchement urinaire, sinon de l'empêcher complètement; 2<sup>o</sup> c'est en vue du même but qu'on évitera d'injecter dans la vessie un liquide qui peut fort bien, comme cela est arrivé chez le sujet de la précédente observation, ne pas revenir par l'urètre. Ajoutons que dans le cas dont il est question, l'eau ainsi injectée devait nécessairement tendre à déplacer les caillots sanguins et les fausses membranes qui bouchaient l'ouverture traumatique de la vessie, et faciliter ainsi l'épanchement d'une nouvelle quantité de liquide. Tel est, suivant nous, le côté pratique important de cette observation et sur lequel il nous a paru utile d'insister. (*Gazette des Hôpît.*, janvier 1843.)

## VARIÉTÉS.

*Statistique médicale de Paris.* — L'Almanach général de médecine pour 1843, que vient de publier M. Domange, secrétaire des bureaux de la Faculté de médecine, présente une statistique intéressante du corps médical de Paris. Le nombre des docteurs en médecine résidant à Paris au 1<sup>er</sup> janvier 1843, s'élève à 1423; il était, en 1841, de 1,360; en 1839, de 1,310; en 1836, de 1,220; en 1833, de 1,090. Il y a donc depuis dix ans une augmentation de 333 docteurs, chiffre qui est hors de proportion avec l'accroissement de la population de la capitale. Cette population étant évaluée à 950,000 âmes, et le nombre des praticiens exerçant, y compris 170 officiers de santé, étant de 1,593, il en résulte qu'il y a un médecin pour 590 habitants. Dans les départements, la proportion est généralement d'un médecin pour 1,200 âmes.

La mort a atteint, en 1841 et 1842, 36 docteurs en médecine, dont 14 étaient membres de la Légion-d'Honneur.

32 médecins, reçus dans des Universités étrangères, exercent à Paris en vertu d'ordonnances royales.

Il y a eu, en 1842, 278 thèses soutenues à la Faculté de Paris; il y en avait eu 481 en 1837, 376 en 1838, 434 en 1839, 385 en 1840, et 289 en 1841.

235 premières inscriptions ont été prises en novembre 1842. Ce chiffre avait été exactement le même en 1841.

*Prix.* — La Société médico-pratique de Paris propose pour 1843 le sujet de prix suivant : « Déterminer la valeur relative des divers traitements locaux dans les affections cancéreuses. » Le prix est une médaille d'or de 300 fr. Les Mémoires doivent être adressés, avant le 1<sup>er</sup> janvier 1843, à M. Layasquie, secrétaire général, 30, place de l'Estrapade.

*Suppression des concerts et représentations dans les hôpitaux de fous.* — On sait que depuis quelque temps des concerts, des représentations théâtrales, avaient lieu à Bicêtre et à la Salpêtrière, représentations où les fous et les folles avaient tous les rôles. Nous avons vu, il y a quelques mois, jouer à Bicêtre *l'Ours* et *le Pacha* d'une manière satisfaisante. Le conseil d'administration des hôpitaux vient de rendre un arrêt, approuvé par le préfet, qui interdit ces solennités, qui ont pour inconvénient de livrer les fous en spectacle à la curiosité publique.

*Nominations à l'Institut.* — Le corps médical tout entier applaudira aux choix que l'Académie des sciences vient de faire. M. le professeur Andral vient d'être élu, à une immense majorité, à la place laissée vacante par la mort de M. Double : sur 55 votants, il a eu 42 voix. La même unanimité de suffrages a accueilli la candidature de M. le docteur Royer, dans la section d'agriculture et de médecine comparée : il a été nommé par 41 voix.

*Mort de J. Frank.* — Le célèbre professeur J. Frank, de l'École de Vienne, vient de mourir dans un âge fort avancé, eu Italie.



## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'HYDROSUPATHIE. — EXPOSITION ET APPRÉCIATION THÉORIQUE  
ET PRATIQUE DE CETTE NOUVELLE MÉTHODE.

A la fin de l'année 1837, deux médecins, M. Louis Fleury et M. L. Delaberge, dont nous avons à déplorer la mort prématurée, firent connaître, le premier aux abonnés des *Archives générales de médecine*, le second aux lecteurs d'un journal politique, *le Temps*, une nouvelle méthode de traiter un grand nombre de maladies. Malgré l'autorité du journal de médecine, malgré la publicité du journal politique, cette nouvelle méthode, qui de prime abord se distinguait et par son origine et par sa singularité, continua de rester confinée dans le fond de l'Allemagne (1), et ne réussit point à prendre droit de cité en France. Il n'en est plus de même aujourd'hui, et après avoir pris une grande extension autour de son berceau, voici qu'elle nous arrive, qu'elle s'installe aux portes de Paris, annonçant toutes ses merveilles, promettant la santé, ce bien si désirable, à une foule de pauvres malades dont la crédulité égale, si elle ne la surpasse pas, l'assurance de tous les novateurs, auxquels il serait cependant si souvent facile, en restant dans certaines limites que leur indiquent la raison et l'expérience, d'acquiescer des droits incontestables à notre reconnaissance. Le moment est donc venu d'exposer avec soin, dans un journal exclusivement consacré à la thérapeutique, cette nouvelle méthode, en cherchant à l'apprécier le mieux possible, d'après les idées théoriques et les données pratiques que nous possédons déjà. C'est ce que nous allons nous efforcer de faire.

L'*hydrosupathie* est une méthode qui consiste à employer l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, de manière à augmenter la tonicité de la peau et à exciter les sécrétions cutanées. Cette méthode se combine avec un régime particulier et avec l'exercice pris journellement au grand air. Du reste, on y supprime l'emploi de toute espèce de médicaments (2), et on peut dire que l'*hydrosupathie* est la thérapeutique réduite à sa plus simple expression. Elle s'applique au traitement d'un

(1) A Grafenberg, petit village situé près de Freiwaldau, en Autriche.

(2) C'est l'objet d'un article spécial du règlement suivi dans l'établissement fondé par l'inventeur de l'*hydrosupathie*.

grand nombre de maladies ; nous les passerons en revue en temps et lieux.

Faisons maintenant connaître tous les procédés mis en usage par les médecins *hydrosupathes* : car, d'abord inventée, comme nous verrons bientôt, par un homme étranger à la médecine, cette méthode paraît vouloir rentrer, et nous l'en félicitons, dans le domaine de cette science toujours bienfaisante, puisqu'alors qu'elle ne guérit pas, du moins elle soulage et console ; des essais assez nombreux ont déjà été faits dans quelques hôpitaux de Paris, notamment à l'hôpital Saint-Louis.

Tous les malades indistinctement qui sont traités par l'hydrosupathie sont mis à l'usage de l'eau, dont la température paraît pouvoir varier de 15 à 5 degrés centigrades ; c'est leur unique boisson, c'est leur seule tisane ; ils en boivent à leurs repas, ils en boivent dans l'intervalle, et finissent par en consommer plusieurs litres par jour. Voilà pour l'emploi à l'intérieur.

L'emploi extérieur de l'eau est beaucoup plus compliqué, et les procédés d'application se modifient selon les indications qu'on veut remplir.

Vent-on seulement donner du ton à la peau, ce qui paraît être l'idée prédominante de plusieurs hydrosupathes, voici comment on procède : le malade, dépouillé entièrement de toute espèce de vêtement, et après avoir pris la précaution de le faire uriner, est mis dans une couverture de laine neuve, il y est roulé les bras allongés contre le corps, les cuisses légèrement écartées, de manière à ce que, pour les hommes on puisse y placer un urinoir ; il y est serré, arrangé enfin comme dans un véritable maillot ; la face seule est libre, la tête légèrement couverte, si elle est dégarnie de cheveux. Ainsi emmaillotté, le malade est placé sur un lit de sangle garni d'un matelas, dans une chambre dont la température est peu élevée (de 15 à 10 degrés cent.), et qui même, dans certains cas, peut être plus froide ; il est en outre entouré, chargé d'autres couvertures, de manière à concentrer parfaitement sa propre chaleur et à empêcher l'évaporation de la transpiration insensible, en soustrayant ainsi la peau au contact sans cesse renouvelé de l'air. La température du corps du malade, placé dans ces conditions, ne tarde point à s'élever légèrement, sans qu'il y ait une grande accélération du pouls. Si la face se colore, on tient le front sans cesse couvert de compresses trempées dans l'eau froide. Quand la sueur commence à se manifester, ce qui arrive dans un temps variable pour chaque individu, le patient est rapidement dépouillé des couvertures qui l'entourent, il est assis sur une chaise placée au milieu d'un cuvier à bords peu élevés, et il reçoit sur toute la surface du corps de l'eau dont la température commence par être de 20 degrés, pour arriver ensuite à

10 et même à 5 degrés centigrades. Cette eau lui est versée sur le corps à plusieurs reprises, soit à l'aide d'un arrosoir, soit par flots qui s'échappent d'un seau. Il est recommandé au malade, pendant qu'il reçoit cette aspersion, de se frictionner avec les mains toutes les parties du corps qu'elles peuvent atteindre, et généralement de se donner le plus de mouvement possible. Pendant les courts intervalles d'une aspersion à une autre, des aides, qui doivent toujours être du sexe du malade, lui frictionnent, lui massent vigoureusement toutes les parties du corps. La durée des affusions varie de cinq à dix minutes. Elles peuvent être remplacées par des lotions faites à l'aide d'une grosse éponge abondamment imbibée d'eau. Quand ces aspersions ou ces lotions sont terminées, le malade est recouvert d'un drap bien sec mais non chauffé, et il est bien essuyé à l'aide de nouvelles frictions exercées encore sur toutes les parties du corps; mais cette fois le drap est interposé entre la peau du malade et les mains qui exercent la friction. Sitôt bien essuyé, le malade se recouvre rapidement de ses vêtements habituels, qui doivent être chauds, surtout quand la saison l'exige, et il va faire une promenade à pied, d'une demi-heure au moins, au grand air, et d'un pas d'autant plus accéléré que la température de l'atmosphère est plus basse. Si le temps est mauvais, il fait sa promenade dans une galerie couverte, mais toujours bien aérée et non chauffée, et à défaut de cette galerie, dans de grands appartements qui offrent ces mêmes conditions. Lorsque le malade se sent bien réchauffé, il vient se mettre à table pour faire son premier repas. — En sortant de son maillot, il peut encore être plongé en entier, la tête comprise, à quatre ou cinq reprises, dans un grand bain d'eau dont la température peut être de 20, de 10 et même de 5 degrés centigrades. Il est inutile de dire que ces immersions sont instantanées. — Il nous semble qu'on pourrait simplifier le procédé que nous venons d'exposer, et qu'il serait plus facile d'asperger, de lotionner ou d'immerger les malades à la sortie de leur lit, surtout si l'on prenait le soin, après leur avoir fait ôter la chemise, de les couvrir pendant quelques instants avec exagération.

Nous avons entendu parler de quelques personnes, sans doute enthousiastes de la méthode, qui chaque jour, à la sortie du lit, en usent ainsi comme hygiène habituelle de leur corps, et qui soumettent leurs enfants au même régime, adoptant en cela, mais avec quelque exagération, les idées de J.-J. Rousseau. Pour notre compte, nous pensons que ces lotions générales répétées chaque jour (les lotions surtout faites avec une éponge un peu rude) peuvent avoir de grands avantages en entretenant la souplesse et la propreté de la peau, et en lui donnant sans cesse du ton. Mais nous pensons aussi qu'il ne faut employer que de l'eau à

une température de 15 à 20 degrés centigrades ; car, avec de l'eau plus froide, la réaction pourrait ne pas avoir lieu, ce qui aurait les plus grands inconvénients.

On agit donc comme il a été dit un peu plus haut toutes les fois qu'on ne veut que donner du ton à la peau, et le procédé se modifie lorsqu'on désire exciter la sueur. — Le malade est toujours emmaillotté, mais il peut demeurer dans son maillot jusqu'à cinq et six heures de suite, et sitôt qu'il commence à transpirer, on lui administre tous les quarts d'heure de l'eau froide, avec la précaution de n'en donner les premières fois, à chaque prise, qu'un quart de verre; on arrive, au fur et à mesure que l'estomac s'y habitue, à administrer l'eau froide par grandes verrees chaque fois. D'après les idées de l'inventeur de la méthode, il faut, sitôt que la sueur est bien établie, faire en sorte que le malade ne respire plus qu'un air frais, et même froid, condition très-facile à obtenir en hiver, à laquelle du reste les médecins partisans de la méthode paraissent moins tenir. Quant à nous, nous en comprenons l'importance; et, incontestablement, le meilleur moyen d'exciter la transpiration cutanée est d'empêcher la perspiration pulmonaire, but qu'on atteint parfaitement en plongeant le malade dans une atmosphère froide, et dont l'air, par conséquent, est plus dense que celui d'une chambre qui serait fortement chauffée (1). Dans les conditions que nous venons d'exposer, le malade finit par transpirer avec une abondance telle, qu'il imbibé le matelas sur lequel il est placé, et que la sueur finit, dit-on, par couler sur le sol, et on peut quelquefois en recueillir plus d'un litre dans des vases disposés pour la recevoir. Cette sueur acquiert toujours, dit-on encore, des caractères particuliers. Ceux-ci dénotent qu'elle entraîne avec elle les principes délétères qui étaient mêlés aux humeurs du malade et entretenaient le mal dont il souffrait. — C'est, on le voit, toute la théorie des crises, théorie encore contestée, dont nous sommes cependant fort partisan, mais avec quelques réserves que nous aurons occasion d'indiquer. Lorsqu'on juge que le malade a assez transpiré, il est tiré rapidement de son maillot, et aspergé ou immergé, comme nous avons dit plus haut. — Ces sueurs quotidiennement excitées déterminent des mouvements critiques d'une autre nature : la peau devient le siège d'éruptions variées, de *sudamina*, de boutons purulents, de petits furoncles, émonctoires nombreux dont la nature se sert pour se débarrasser des levains morbides ; *réruption* immense, qui amène à la peau les principes d'irritation qui s'étaient fixés sur les organes intérieurs.

(1) Nous connaissons une malade qui ne réussit à transpirer qu'autant qu'elle est placée dans une chambre convenablement chaude.



Le maillot reçoit une modification importante, lorsqu'il s'agit de faire une application de la méthode au traitement des maladies aiguës, ou que du moins on veut en obtenir des effets calmants soit du système sanguin, soit du système nerveux, mais surtout du premier. Lorsqu'on veut agir dans ce but, le malade est enveloppé dans un drap mouillé et bien exprimé; la température de l'eau employée varie selon l'acuité de la fièvre et la chaleur de la peau, et on n'arrive que progressivement à entourer le malade d'un drap mouillé tout à fait froid. Le premier effet de cette médication est de procurer du calme, d'abaisser la température de la peau, et de diminuer l'intensité de la fièvre; et sitôt que ces bons effets cessent d'être produits, sitôt que le drap se sèche, on en renouvelle immédiatement l'application. On a vu des cas où il avait fallu changer le drap huit, neuf et même dix fois, et opérer ce changement toutes les cinq minutes. — Le maillot mouillé est entouré d'un second maillot formé d'une couverture de laine, et le malade est couvert comme précédemment. Dans cette nouvelle condition, il doit finir par transpirer comme dans le premier maillot, et, je le répète, on renouvelle le drap mouillé autant de fois qu'il est nécessaire pour que cette transpiration s'établisse sans que le patient ressente aucune agitation; une fois la transpiration établie, on le fait boire comme il a été dit plus haut, et, à la fin, on le traite de même qu'à la sortie du maillot de laine.

On peut encore, toujours après le maillot, et alors qu'on est en pleine sueur (si les localités le permettent, comme à Graefenberg), se jeter dans une eau courante, pourvu qu'elle soit à une température de moins de 12 degrés centigrades, et que les organes de la respiration soient dans le calme normal. On doit s'y jeter la tête la première, et, pendant la durée du bain, s'y plonger à plusieurs reprises. On doit nager, ou du moins se donner beaucoup de mouvement pendant tout le temps du bain, dont la durée est toujours proportionnée à la température de l'eau et à la force du malade. A Graefenberg, où l'eau est à 6 ou 12 degrés, selon la saison, on ne reste dans le bain froid que de deux à huit minutes. Ces bains peuvent aussi être pris dans une baignoire, qui, pour le bien, sera fort grande, afin que le malade puisse s'y donner beaucoup de mouvement, et se frotter avec les mains le corps entier, et surtout les parties souffrantes. Dans ce même établissement, il existe une baignoire assez grande pour qu'on y puisse nager. On ne doit jamais prolonger le bain froid assez longtemps pour y être saisi d'un frisson qui serait toujours le début d'un véritable accès de fièvre, tant la réaction pourrait être violente. Si on craint que le bain soit au-dessus des forces du malade, on ne lui administre que des demi-bains, et avec de l'eau à 15 degrés; ces demi-

bains sont pris dans de grandes baignoires où il n'y a que 15 à 16 centimètres d'eau. C'est aussi un moyen de préparer les nouveaux malades à l'action du grand bain; et lorsqu'on veut les y faire arriver, on leur verse sur le corps, à deux ou trois reprises, un seau d'eau froide. — Les demi-bains ne sont généralement pas plus prolongés que les grands bains, mais dans quelques cas exceptionnels, l'auteur de la méthode y fait passer à certains malades plusieurs heures de suite. Dans ces cas, la partie supérieure du corps est couverte, et la baignoire fermée hermétiquement, de manière que la tête reste seule exposée à l'air libre. Ces demi-bains prolongés finissent, à ce qu'il paraît, par provoquer une fièvre éritique, et déterminer la venue d'abcès volumineux. Le demi-bain administré de cette façon et dans ce but, offrirait, de l'aveu même des hydrosopathes, quelques dangers, que n'a jamais celui de courte durée et avec affusions répétées.

Les bains de siège sont très-employés dans l'hydrosopathie, et nous les avons vu conseiller aussi bien aux hommes qu'aux femmes dans des intentions diverses et que nous n'avons pas toujours réussi à comprendre. La température et la durée de ces bains varient selon le but qu'on se propose. Cette température sera de 10 à 20 degrés centigrades; car nous pouvons dire en passant que par *eau froide* on entend bien plus souvent parler, dans l'hydrosopathie, de l'eau qui est à une température plus basse que celle du corps, que d'*eau froide* dans toute l'acception rigoureuse du mot. La température la plus ordinaire des bains de siège est de 12 à 15 degrés centigrades. Leur durée n'est quelquefois que de dix minutes; elle peut être d'une heure et même plus. Ces bains de siège sont pris dans des vases appropriés et avec de l'eau jusqu'au nombril; à peu près pendant toute leur durée, surtout pour ceux qui sont courts, on frictionne fortement toutes les parties immergées. C'est ordinairement l'après-midi, avant le souper, qu'on prend le bain de siège. Tous ces bains sont généralement pris dans des pièces peu chauffées.

L'eau froide est encore appliquée localement. — Ainsi, au lieu de pédiluves très-chauds, on vous fait mettre, quand ils sont indiqués, les pieds dans de l'eau froide jusqu'à la cheville, et pendant les 5 ou 6 minutes qu'on y reste, on vous frictionne toute la partie immergée. Toutes les autres parties du corps, autant que leur forme s'y prête et selon les indications qu'on veut remplir, sont aussi, à l'aide de vases appropriés, plongées dans l'eau froide et toujours frictionnées tout le temps que dure l'immersion, qui en général est prolongée jusqu'à ce que l'eau ait acquis à peu près la température de la peau. Enfin on fait encore grand usage des lavements et des injections d'eau froide.

On emploie aussi les applications locales froides par un procédé ana-

logue à celui du drap mouillé. Ainsi, quand un membre ou une partie du corps est le siège ou d'une douleur, ou d'une éruption, ou d'une ulcération, on entoure cette partie d'un linge trempé dans l'eau froide et bien exprimé, et recouvert ensuite d'un autre linge qui dépasse de tous côtés le linge mouillé d'un centimètre environ. On fait des applications du même genre sur l'estomac, le ventre et le bas-ventre. Les hydrosupathes attachent une grande importance à ce mode d'application de l'eau froide; mais ce qui nous paraît fort singulier, c'est qu'ils prétendent que l'eau froide appliquée de cette façon a une action tantôt calmante, tantôt révulsive, et celle-ci serait dans certains cas si forte, qu'elle serait analogue à celle du vésicatoire.... Nous l'avons lu, mais ne l'avons jamais vu!

Les hydrosupathes font un grand usage des douches, et ce n'est certes pas la partie la moins importante de ce mode de traitement. — La douche n'est jamais appliquée à la sortie du maillot, et pour la recevoir avec avantage, sans danger, il importe autant de ne pas avoir froid que de ne pas être en transpiration au moment où l'on s'y soumet. Elle varie par sa force et par sa forme. Sa force grandit, comme chacun sait, avec la hauteur de la chute. On fait varier sa forme en variant celle de l'ajutage par lequel l'eau s'échappe, de sorte que le jet peut être délié, volumineux, avoir une disposition allongée ou en rond, ou se terminer comme la bonte d'un arrosoir : c'est la douche en pluie. M. le docteur Baldou, qui a fondé aux Termes l'établissement hydrosupathique auquel nous avons fait allusion dès le début de cet article, nous a montré pour cette forme de douche une disposition fort ingénieuse, à l'aide de laquelle le malade, placé au milieu de l'appareil, reçoit en même temps sur toutes les parties du corps des milliers de filets d'eau extrêmement déliés; c'est le *bain de pluie*. Nous nous sommes rappelé avoir vu administrer cette sorte de bain dans un établissement fermé depuis, mais qui avait été créé à Paris longtemps avant qu'on ne songeât à l'hydrosupathie. Enfin on a encore la douche ascendante, qu'on retrouve dans presque tous les établissements de bains médicaux, ainsi que les injections, qui sont une véritable douche ascendante dirigée vers un autre organe.

À Gräfenberg, la hauteur de la douche varie de 3 à 7 mètres; celle pour les femmes ne dépasse pas 4 mètres. Au moment où l'on arrive sous la douche, on se mouille tout le corps en la recevant sur les mains placées au-dessus de la tête, les doigts entrecroisés; puis on y expose la nuque, le dos, et successivement toutes les parties, en exceptant la tête et l'estomac, les deux seules régions qui ne doivent jamais être soumises à l'action directe de la douche. En même temps on frictionne fortement

ces deux parties. Quand tout le corps a été successivement douché, on ne dirige plus la chute d'eau que sur les parties malades. On peut doucher même les yeux ; mais alors on se sert d'un petit appareil à jet délié et peu énergique, ou bien on reçoit la douche sur les mains, placées de manière à faire rejaillir l'eau vers les yeux. On pourrait, dans certains cas où le médecin le jugerait nécessaire, essayer de doucher ainsi *par réflexion* la région de l'estomac. — La durée de la douche ne peut généralement pas dépasser un quart d'heure, et pour en arriver là il faut, après avoir commencé par une douche de quelques minutes, en augmenter progressivement le temps chaque jour. Ajoutons que dans le plus grand nombre des cas un frisson qu'on ressent au bout de dix à douze minutes indique qu'il est temps de la cesser; autrement on en éprouverait une trop vive réaction, et on pourrait être forcé à en suspendre l'usage. — La température de la douche varie aussi, moins cependant que pour les autres modes d'application, et l'eau y est généralement employée à une température fort basse. La douche prise, on s'habille en toute hâte en se frottant vigoureusement, et l'on marche jusqu'à ce qu'on soit bien réchauffé, car elle laisse après elle un sentiment de froid très-prononcé. — A Grafenberg, la douche est située dans la forêt, à plus de 2 kilomètres de l'établissement. L'on s'y rend malgré la pluie, le vent, la neige et la gelée même. On dit que des malades y sont allés par un froid de 6 à 7 degrés à travers la neige et la glace ! En lisant ces lignes dans des livres consacrés au sujet qui nous occupe, nous devons d'abord le déclarer, nous avons déploré *l'extravagance* des malades et l'imprudence de celui qui l'autorisait, car nous ne pouvions pas croire qu'il conseillât une semblable conduite, et cependant il paraît qu'il en est ainsi dans tous les établissements hydrosupathiques, et que pareille chose a lieu journellement sans qu'il en résulte aucun accident. Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'il sera toujours préférable que les appareils pour les diverses espèces de douches soient situés dans l'intérieur de l'établissement hydrosupathique.

Je dois maintenant dire un mot de la marche suivie à Grafenberg et dans les autres établissements du même genre pour l'application des divers procédés dont l'ensemble constitue la méthode que nous venons d'exposer. — A quatre heures du matin, on est emmaillotté ; quand on a sué le temps jugé convenable, on est baigné. Au sortir du bain, on se promène jusqu'à l'heure du déjeuner. Deux à trois heures après, on se rend à la douche, qu'il ne faut jamais recevoir que lorsqu'on suppose la digestion bien terminée. Après la douche et la promenade qui la suit, vient le dîner. Ce repas est encore suivi de la promenade (car l'exercice remplit tout le temps que le traitement vous laisse libre), et dans

l'après-midi vous pouvez être emmaillotté de nouveau ou douché ; mais la plupart du temps, on ne prend qu'un bain de siège. On comprend du reste qu'il appartient au discernement de celui qui dirige le traitement de le modifier sans cesse selon les indications qu'il veut remplir. — Indépendamment de l'eau qui se boit aux repas, les malades doivent sans cesse en boire, en quantités variables sans doute, mais toujours fort considérables.

La première pensée qui vient en lisant l'exposé de cette méthode, c'est de se demander où est l'invention. N'y a-t-il donc pas des siècles qu'on emploie l'eau *intus* et *extra*, qu'on l'emploie comme boisson, comme tisane ; qu'on l'administre en lotions, en lavements, en douches ? Quel est donc le médecin qui n'ait point fait administrer des bains par allusion, par immersion, etc. ? Dans tous les temps on a cru utile d'exciter la sueur, et les Romains avaient leurs *sudatoria*, qu'on retrouve chez les Grecs, et aujourd'hui chez tous les peuples de l'Orient. Il ne reste vraiment de nouveau que le maillot qui élève la température de la peau, et l'application d'une eau plus ou moins froide sur toute la surface de l'enveloppe cutanée alors qu'elle est recouverte de sueur, et encore retrouve-t-on quelque chose de parfaitement analogue dans les bains de vapeur russes. Et le froid, n'a-t-il point été aussi conseillé depuis longtemps pour le traitement d'un grand nombre de maladies, et la science ne possède-t-elle pas de bons ouvrages sur les curieuses applications qu'on en peut faire et les bons résultats qu'on en peut espérer ? Quoi qu'il en soit, c'est à un simple paysan que l'on doit l'hydrosuopathie, et voici par quel concours assez simple de circonstances ce paysan, qu'on nomme Prienitz, fut amené à créer ce genre de médication, qui mérite, par l'ensemble des moyens mis en usage, de recevoir le nom de méthode.

Prienitz raconte que, s'étant fracturé deux côtes, il réussit, en appuyant fortement le bas-ventre contre l'angle d'une chaise et en retenant sa respiration de manière à donner à la cavité thoracique le plus grand développement possible, à faire reprendre aux fragments leur direction normale. (Le médecin préalablement appelé y avait échoué.) Imitant ensuite ce qu'il avait vu faire pour les chevaux, dont on traitait les entorses, les contusions et les tumeurs aux pieds en les bouchonnant avec de l'eau froide, il s'entoura le corps avec un linge mouillé et but de l'eau en abondance, mangea peu et observa un repos absolu. Après dix jours de ce traitement, Prienitz put sortir ; mais il ne put reprendre ses travaux qu'au bout d'un an. — Ce fait m'en rappelle un autre tout récent. Un concierge de la rue de Richelieu se laisse tomber sur l'angle d'une chaise et se fracture une côte. M. Du-

hamel et moi sommes appelés, et nous constatons l'existence de la fracture, qui heureusement ne se compliquait pas du déplacement des fragments. Nous appliquons un bandage de corps en recommandant de le mouiller pendant les premiers jours, afin de calmer la douleur, avec une solution froide de faibles proportions de sous-acétate de plomb liquide et de laudanum dans de l'eau; nous mettons le malade à un régime restreint et doux, et lui prescrivons une tisane pectorale, qu'il but toujours tiède, et des pilules de cynoglosse, afin de calmer une toux à laquelle il était sujet depuis longtemps. La cure aussi fut facile... et plus prompte... (il s'agissait d'un vieillard catarrheux, habitant une loge dans une des rues les plus peuplées d'une ville très-grande et par conséquent peu salubre), bien plus prompte, puisque notre concierge se levait au bout de trois semaines et put reprendre tous ses travaux deux mois après son accident, tandis qu'il fallut un an à Prienitz; à Prienitz tout jeune encore et habitant une localité qui nous a paru réunir toutes les conditions désirables de salubrité. Gräfenberg, en effet, où est né Prienitz et où il a toujours habité, est situé dans les montagnes de la Silésie autrichienne, à six cents mètres au-dessus du niveau de la mer, dans un vallon d'où la vue s'étend au loin sur un admirable paysage et où abondent des eaux vives et de la plus admirable pureté. On se demande en lisant ces dernières lignes si l'air qu'on respire à Gräfenberg, si l'eau qu'on y emploie, ne sont pas pour beaucoup dans les cures qu'on y obtient.

Prienitz, enthousiasmé par sa guérison, se livra à quelques recherches qui avaient pour objet les effets de l'eau froide sur notre économie et sur le parti qu'on en pourrait tirer dans le traitement des maladies, et il fut amené, dit-on, à ne donner aux malades que de l'eau froide pour boisson et pour tisane, surtout par l'expérience suivante. Deux pères ayant été nourris l'un avec des aliments froids et l'autre avec des aliments chauds, on trouva chez le premier les intestins blancs, fermes et résistants, tandis que chez le second ils étaient rouges, ramollis et se déchiraient si facilement qu'ils ne purent servir pour la charcuterie. Quelle est donc encore la valeur de cette expérience? Et pour l'apprécier ne faudrait-il pas savoir quelle était la température des aliments? Car si on expérimentait en été, les aliments froids avaient encore une température d'au moins quinze degrés, tandis qu'en hiver ils auraient pu être gelés. Et la mastication n'élève-t-elle pas la température des aliments froids au point que, pour l'homme du moins, l'ingestion des boissons froides est seule perçue par l'estomac? Mais aussi, que d'exemples de digestions troublées, de gastrites aiguës, de pneumonies et de pleuro-pneumonies causées par l'ingestion intempestive d'eau gla-

cée ! Et puis, toutes ces expériences sur les animaux, comme on l'a déjà dit tant de fois, sont-elles toujours applicables à l'homme ? La nature ayant resserré l'intelligence des animaux dans des limites souvent fort étroites, n'a-t-elle pas dû constituer leurs organes digestifs pour qu'ils acceptassent leurs aliments tels qu'ils leur étaient offerts par le hasard ? tandis que l'homme, dont l'intelligence est souvent si développée, en fait une application continuelle à tous les besoins de la vie. Chez tous les peuples, même chez les moins civilisés, on mange des aliments chauds, sans que cette condition paraisse apporter aucun trouble dans la santé de la généralité des hommes ; et il faut le dire, c'est généralement par suite d'un raffinement chez les peuples les plus civilisés qu'on boit tiède en hiver et frais en été, tandis que probablement chez les peuples encore sauvages les aliments et les boissons sont, la plupart du temps, ingérés dans les conditions de température où la saison les place. Et l'estomac s'accommode de tout cela, car probablement cet organe a été constitué pour recevoir des aliments et des boissons de toute température, pourvu qu'elle ne soit point trop éloignée de sa température propre. Et n'est-ce point pour qu'il en soit ainsi que les dents ont été douées d'une grande sensibilité à l'impression du froid, la langue à celle de la chaleur, afin que nous soyons sans cesse avertis de n'ingérer jamais ni rien de trop chaud ni rien de trop froid ?

Priernitz et tous ceux qui ont adopté sa méthode favorisent l'action du traitement par l'exercice et le régime : l'exercice au grand air et au soleil dans des localités salubres, l'exercice qui à lui seul peut guérir tant de maladies et surtout de ces maladies chroniques que l'hydrosupathie se vante surtout de guérir ; le régime qui peut aussi être appliqué avantageusement au traitement de tant de maladies chroniques ou aiguës, le régime qui explique à lui seul tous les succès de l'homœopathie. Et celle-ci proscrivait la diète ainsi que le fait l'hydrosupathie, car Priernitz pense qu'elle est dangereuse au lieu d'être utile, dans ce sens qu'elle ne fait qu'affaiblir les malades et atténue les forces médicatrices qui résident dans chaque individu. On peut sans doute admettre cette opinion dans certaines limites, quand il s'agit des maladies chroniques ; mais elle devient presque absurde appliquée au traitement des maladies aiguës.

Nous ne négligerons pas d'indiquer le régime suivi à Gräfenberg et dans tous les établissements hydrosupathiques, car il offre des avantages incontestables. On y fait trois repas par jour : deux fort légers, un déjeuner et un souper qui se composent de lait froid, d'œufs frais, de quelques légumes au maigre, de beurre et de pain ; au dîner, qui a lieu au milieu de la journée, on peut manger abondamment, et à ce repas l'alimentation se compose de toute espèce de viandes de boucherie et de basse-

cour, de poisson d'eau douce et de poisson de mer si les localités permettent de s'en procurer, de divers légumes et de fruits. Tous ces mets sont accommodés simplement, sans épices, mais non pas sans sel. Les viandes sont mangées rôties ou grillées pour la plupart, ou bouillies pour en obtenir le bouillon, qui est souvent donné froid. Les ragoûts sont tolérés dans le régime hydrosupathique, mais seulement ceux au blanc. Le poisson est frit ou grillé, ou bien cuit dans une eau légèrement salée, et mangé avec une sauce blanche ou au bleu. Les crudités y sont très-permises, à tort dans notre opinion, et on y mange certains légumes crus, ainsi que beaucoup de fruits. La viande de porc fait partie du régime alimentaire à Gräfenberg ainsi que dans la plupart des établissements de l'Allemagne; mais il faut dire que dans ce pays le jambon fait partie du régime des convalescents. Nous pensons encore que c'est un tort, et nous n'hésitons pas à déclarer que la viande de porc et que toute espèce de charcuterie doivent être bannies de tout bon régime alimentaire.

A Gräfenberg, à de biens légères exceptions près, tous ces mets sont mangés froids. Il n'en est pas de même pour les établissements d'hydrosupathie que nous avons eu occasion d'observer où sur lesquels nous avons pu nous procurer quelques renseignements. Sans doute que les imitateurs de Prienitz ont reconnu que l'alimentation froide n'est point aussi essentielle à la cure des malades qu'il le prétend. La plus grande régularité est prescrite dans l'ordre successif des repas, et chez Prienitz, tous les jours la cloche appelle aux mêmes heures la foule des malades; il n'en est aucuns qui puissent échapper à cette règle, même ceux qui sont trop malades pour venir prendre leurs repas à la table commune. Disons-le encore, la régularité apportée dans le régime est un moyen puissant pour que l'estomac fasse bien ses fonctions, et mettre l'estomac dans cette condition, c'est aider à la cure de toutes les maladies, même des plus graves.

Dans un prochain et dernier article nous apprécierons l'hydrosupathie à l'aide des données scientifiques et des faits que nous avons pu recueillir.

A. LEGRAND.

DE L'EMPLOI DE LA BELLADONE DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS  
SPONTANÉ.

A proprement parler, le tétanos n'existe pas plus sans cause que toute autre maladie. Nous acceptons le langage de la science tel



qu'il est, et par tétanos spontané, nous entendons celui qui n'a point sa cause prochaine dans une lésion traumatique des tissus. Or, cette variété du tétanos est tout aussi réelle que le tétanos traumatique, seulement la cause à propos de laquelle il se développe nous échappe très-souvent. De toutes les influences extérieures auxquelles cette maladie a été attribuée par les divers auteurs qui s'en sont occupés avec quelque suite, celles dont l'action paraît la plus positive, ce sont les fatigues excessives, la suppression brusque de la transpiration, le froid humide, et les affections morales tristes longtemps prolongées. La doctrine physiologique qui a voulu rattacher de gré ou de force toutes les affections de l'organisme à son idée pathologique exclusive, n'a point manqué de faire entrer le tétanos dans la grande classe des irritations; et la moelle épinière est, suivant cette théorie, l'appareil dans lequel cette irritation a son siège. Mais cette vue, comme tant d'autres qui sont sorties de la même école, n'a pu trouver sa sanction dans les faits. Quelques résultats d'anatomie pathologique ont bien été rapportés pour appuyer cette idée, mais, placés à côté des résultats plus nombreux et complètement négatifs, ces résultats perdent toute leur valeur vis-à-vis d'une logique sévère. Qu'est-ce donc que le tétanos? On ne peut, dans l'état actuel de la science, répondre à cette question rien de plus que ceci, savoir : que le tétanos est une perversion de l'action normale du système nerveux. Pour ce qui est du mode de cette perversion, cela est impossible à déterminer : on peut tenter cette explication, et on le doit, car par là on peut ouvrir la voie à des expériences utiles; on peut éveiller l'attention sur un ordre de faits qui, sans cela, passeraient peut-être inaperçus; mais, nous le répétons, aucune des explications qui ont tour à tour été proposées n'a véritablement pris pied dans la science; aucune ne s'est trouvée justifiée. Pour nous, ne voyant dans le tétanos que l'expression symptomatique d'une perversion de l'action nerveuse inconnue dans son mode, nous avons voulu essayer l'influence qu'exercerait la belladone sur cette innervation anormale. Nous avons été conduit à tenter cette expérimentation par les considérations suivantes. Symptomatiquement parlant, le tétanos consiste essentiellement dans un spasme, une contracture d'une portion plus ou moins étendue de l'appareil musculo-tendineux : cela posé, tout le monde sait qu'un des modes d'action les plus positifs des solanées en général, et principalement de la belladone, c'est de modifier, en l'affaiblissant, la propriété contractile de certains muscles. C'est ainsi que depuis Himly les chirurgiens emploient cet agent dans certaines maladies des yeux ou dans certaines opérations pratiquées sur ces organes, afin d'obtenir un relâchement et resserrement alternatifs de l'iris, et de prévenir par là l'adhérence de

son tissu avec les tissus voisins. C'est ainsi encore que Chaussier, se laissant guider lui aussi par l'analogie, employa le même moyen en application immédiate sur le col de l'utérus, pour vaincre la rigidité de cet orifice musculaire, dans quelques cas où cette rigidité est un obstacle à l'accouchement. Enfin d'autres praticiens, suivant la voie d'analogie indiquée par Chaussier, ont employé avec un succès plus ou moins complet la belladone pour combattre la contraction spasmodique de l'anus, du canal de l'urètre, des amplexes aponévrotiques mêmes, par lesquels s'échappe l'intestin dans les cas de hernie étranglée. M. le docteur Debreyne, qui est l'un des auteurs modernes qui ont manié avec le plus de hardiesse et de succès la belladone dans un grand nombre de névroses et de névropathies, dans l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, etc., ne parle pas de son emploi dans le tétanos. En présence de ces faits, aussi variés qu'intéressants, nous nous sommes demandé si la belladone employée à l'intérieur, et portée par l'absorption au contact immédiat du système nerveux, ne pourrait point par son influence modifier l'action anormale de ce système qui s'exprime par le tétanos, et par conséquent mettre fin aux spasmes musculaires violents qui constituent cet état morbide. Sans doute des expériences malheureusement trop nombreuses résultant d'empoisonnements graves par cette substance, un grand nombre d'expériences thérapeutiques même, ont montré que la belladone développe, du côté du système nerveux, des phénomènes qui indiquent tout autre chose que la sédation de l'irritabilité musculaire pathologique, que nous nous proposons d'atteindre; mais si ces faits commandent une grande circonspection dans cette sorte d'expérimentation, ils ne détruisent par les faits que nous avons précédemment indiqués, ils n'ôtent point à l'induction analogique que nous avons fondée sur eux, sa portée philosophique. D'ailleurs, combien d'états morbides qui, changeant la modalité de vie des tissus organisés, créent en quelque sorte des rapports nouveaux, insolites, entre l'organisme humain et les divers modificateurs de la nature! Telles sont les principales réflexions qui nous conduisent aux essais thérapeutiques dont il s'agit en ce moment. Voyons maintenant comment les faits nous ont répondu quand nous les avons laissés parler à leur tour.

Le nommé Fandoux, âgé de quinze ans, de force moyenne, jouissant habituellement d'une bonne santé, est pris d'un resserrement spasmodique des muscles des mâchoires, après s'être exposé pendant plusieurs jours à un froid humide, et s'être livré pendant le même temps à un travail excessif. Peu à peu ce spasme augmente, s'étend, et envahit les muscles du cou, de la poitrine, des reins, de l'abdomen et des bras. Le malade, observé dans son lit, est comme une barre de fer. Quand

il s'assied, ou plutôt quand on l'assied, la tête est légèrement inclinée en arrière; il lui est impossible de la reporter davantage en avant. Si l'on essaye d'écarter davantage les mâchoires, on sent une résistance invincible; sous cet effort, les muscles de la face se raidissent davantage, et font une saillie plus visible encore; les parois abdominales forment comme un plancher que la main déprime à peine; la respiration paraît difficile; mais cette difficulté, apparente à l'œil seulement, tient à ce que les muscles convulsés ne soulèvent point aussi facilement que dans l'état normal la cage thoracique. Le pouls, sans fréquence notable, offre de l'ampleur dans ses battements. Il y a constipation, les urines coulent bien. L'intelligence est intacte. La plénitude du pouls nous semble être une indication suffisante pour pratiquer une saignée; mais nous obtenons peu de sang, le malade favorisant à peine la sortie de ce liquide par quelques mouvements des doigts, que semblerait permettre davantage cependant le spasme peu considérable des muscles de l'avant-bras. Faudoux boit d'ailleurs abondamment d'une tisane diaphorétique contenant par pinte un gramme de nitrate de potasse. Nous revoyons le lendemain matin le malade, nous ne trouvons aucun changement dans son état. Le nître est continué pendant plusieurs jours à doses progressivement augmentées; un bain chaud, dans lequel le malade est mis avec peine, est pris chaque jour; ces divers moyens finissent par amener une diaphorèse très-abondante, pendant la durée de laquelle la contraction spasmodique des muscles diminue un peu; mais quand le mouvement diaphorétique cesse, la rigidité reparaît aussi intense. Les choses allaient ainsi depuis sept jours, quand nous résolûmes de faire l'essai de la belladone à l'intérieur. Nous l'administrâmes sous forme d'extrait; nous nous arrêtâmes à la dose de cinq centigrammes le premier jour: cette dose fut parfaitement supportée; nous ne remarquâmes comme effet de ce moyen qu'une légère dilatation de la pupille. Le lendemain, cette dose fut doublée; le malade délira, mais d'un délire tranquille, toute la nuit. Quand nous le vîmes, ce délire existait encore; il consistait surtout en ce que le malade voulait sortir de son lit, et faisait quelques efforts pour arriver à ce but: il nous fut facile de voir que déjà il y avait quelques mouvements possibles. Les pupilles étaient beaucoup plus dilatées que la veille; la vue était évidemment troublée. Malgré une amélioration sensible, ce délire nous effraya: nous prescrivîmes une nouvelle pilule, mais nous ne crûmes pas devoir dépasser la dose de deux centigrammes: délire encore, mais qui cesse vers le milieu de la nuit; depuis lors, sommeil jusqu'au lendemain matin. Après ce sommeil, mieux-être dont le malade se réjouit; les mâchoires s'écartent facilement; Faudoux se lève et veut s'habiller. Il nous demande des ali-

ments, dont il avait été privé jusque-là. Les jours suivants, la détente augmente, le malade marche, il entre en convalescence : aucun accident ne vient entraver celle-ci.

Le tétanos, dans le cas que nous venons de rapporter, reconnaît probablement pour cause une suppression brusque de la transpiration. Bien que ce malade ne nous ait que vaguement informé à cet égard, cela nous paraît cependant probable, si nous nous reportons aux circonstances au milieu desquelles le mal s'est développé. Cette étiologie admise, il nous est permis de nous demander si la réunion des moyens diaphorétiques auxquels nous eûmes recours d'abord n'eût point suffi à dissiper complètement la maladie. Le tétanos spontané, dans nos climats du moins, se développe souvent sous l'influence du froid saisissant l'organisme au milieu d'une abondante transpiration ; et, dans ces cas, l'expérience a surabondamment démontré que tous les efforts doivent tendre à rappeler cette transpiration supprimée. Ici, quoique cette médication eût pu être employée avec plus d'énergie et de suite, nous avons vu cependant la rigidité musculaire diminuer ; si le malade, au lieu de rester une demi-heure dans le bain, y fût resté plusieurs heures chaque jour ; si le nitrate de potasse eût été employé en même temps à doses plus élevées, il nous paraît probable que nous eussions également obtenu la résolution du mal. Quoi qu'il en soit à cet égard, le tétanos durait depuis sept jours avec des rémissions légères, et qui cessaient avec la diaphorèse elle-même, quand nous eûmes recours à l'emploi de la belladone. La rapidité avec laquelle se produit une amélioration notable dès que le système nerveux a ressenti un peu énergiquement l'agression de ce moyen puissant, nous paraît exclure tous les doutes qu'on pourrait conserver sur l'action curative de l'agent employé. On voit d'ailleurs, par cet exemple, qu'il ne faut point trop s'effrayer du délire que la belladone, même à dose peu élevée, provoque dans quelques cas ; car ce délire est un simple désordre fonctionnel qui disparaît dès que l'action du médicament est épuisée. Toutefois nous pensons que dans tous les cas où le système nerveux est plus ou moins vivement affecté, il faut procéder, dans l'emploi des moyens qui vont droit à cet appareil, avec la plus grande circonspection. La vie normale a un degré de sensibilité connu ; nous connaissons moins les termes de la sensibilité de la vie pathologique, l'expérience n'en a point déterminé d'une manière aussi précise la force de réfraction. Mais poursuivons.

Une femme âgée de plus de cinquante ans, ayant de temps en temps des pertes qui ne se lient à aucune lésion organique de l'utérus, a éprouvé souvent des accidents spasmodiques, que nous n'avons point eu occasion d'observer ; menant d'ailleurs une vie laborieuse, elle jouit dans

l'intervalle de ces divers accidents d'une bonne santé. Un jour, après une fatigue plus grande encore que d'ordinaire, elle se sent prise d'une raideur très-grande dans les bras et les jambes, elle ne peut continuer à marcher, elle se couche au milieu de la rue, on est obligé de la porter chez elle; elle nous fait appeler, nous la trouvons dans l'état suivant : l'intelligence est parfaitement saine, la face est colorée, vultueuse et porte l'empreinte de la douleur. La malade éprouve quelque peine à écarter les mâchoires, mais le trismus est très-léger. Les bras sont étendus le long du corps, durs, inflexibles : nous essayons de les éloigner; la douleur vive qu'accuse la malade nous fait nous arrêter bientôt : les jambes et les cuisses sont dans le même état d'extension rigide; les masses musculaires de ces membres sont comme ramassées, pelotonnées sur elles-mêmes; à peine si quelques gouttes d'urine se sont échappées depuis l'invasion de la maladie. Nous pratiquons sur-le-champ une saignée de six palettes au moins, et nous nous retirons sans rien prescrire de plus qu'une tisane insignifiante. Le soir, nous revoyons la malade, et la trouvons exactement dans le même état où nous l'avions quittée : il semble même que les membres supérieurs sont appliqués plus énergiquement encore contre la poitrine; ils paraissent aussi plus douloureux : la malade n'a rendu qu'une très-petite quantité d'urine; toutefois, en explorant l'hypogastre, nous nous assurons que la vessie ne fait aucune saillie. Nous prescrivons une potion dans laquelle nous faisons entrer 10 centigrammes d'extrait de belladone. Pendant tout le jour, l'état de rigidité douloureuse reste le même : la nuit, il y a un sommeil souvent interrompu, mais qui n'a pas moins reposé la malade; l'urine coule plus facilement et plus abondamment : il y a eu une légère moiteur; la contracture des membres est la même. Prescription : même potion avec addition de 20 centigrammes d'extrait de belladone. Sommeil moins agité, moiteur, urines abondantes et faciles, mouvement spontané dans les membres qui sont moins douloureux, pupilles médiocrement dilatées. Mêmes moyens. Le lendemain matin, nous trouvons la malade levée, elle marche, quoique avec difficulté encore : les membres supérieurs sont encore accolés au tronc, mais la malade peut les remuer facilement, et s'en servir. Au bout de quelques jours, le mal avait disparu sans laisser aucune trace, la malade a repris en partie ses occupations.

La forme morbide qui dans les anciens cadres nosologiques se trouve désignée sous le nom générique de spasmes, comprend à la fois un certain nombre d'états morbides, que théoriquement on a bien spécialisés, mais que dans la pratique on ne distingue pas aussi facilement. Qu'est-ce qui, par exemple, distingue d'une manière rigoureuse le spasme simple du spasme tétanique? Nous croyons que dans l'état actuel de la science,

peu de gens seraient en mesure de répondre nettement à cette question. Quand il s'agit d'un tétanos complet qui commençant, comme cela arrive presque toujours, par le trismus des mâchoires, envahit de proche en proche les divers plans musculaires, et fait périr les malades par asphyxie ou congestion cérébrale, la distinction n'échappe à personne ; mais lorsqu'il s'agit, comme ici, d'un spasme partiel, nous ne savons pas ce qui distingue de celui-ci le tétanos réel. M. Reeamier, qui dans le quatorzième volume de ce journal même a rapporté un certain nombre de cas de spasmes musculaires heureusement combattus par le massage, la percussion cadencée et la compression, distingue les spasmes des contractions musculaires qui ne partent pas du système nerveux, mais constituent une lésion directe des fonctions contractiles des organes musculaires soumis ou non soumis à l'empire de la volonté. Cette distinction a certainement une grande importance pratique : elle peut être saisie dans un certain nombre de cas ; mais combien souvent il arrive aussi, que rien dans le mode d'invasion des accidents, dans leur développement, leur marche, ne peut conduire à cette distinction ! Nous l'ayons vu, dans le cas qui précède, notre diagnostic hésite quand il s'agit de répondre catégoriquement cette question. Mais spasme tétanique ou spasme simple, spasme lié à une lésion du système nerveux ou ne dépendant que d'une simple lésion de la contractilité musculaire, la belladone n'a pas moins développé ici comme précédemment une puissance thérapeutique remarquable. Non-seulement ce moyen brise peu à peu le spasme musculaire, mais l'action inconnue qu'il exerce sur le système nerveux va retentir jusque sur les reins, et en même temps sur la peau dont il rappelle les fonctions comme suspendues ; la vessie elle-même, dont le col semblait spasmodiquement contracté, perd sa rigidité morbide et expulse facilement le liquide qu'elle contient. Dans le cas suivant, ces symptômes se sont présentés sous une apparence moins grave ; nous les verrons cependant résister à un ensemble de moyens habilement combinés, tandis qu'ils cèdent rapidement à l'emploi de la belladone.

Mlle H..., à la suite de violents chagrins, est prise tout à coup d'un trismus qui, pendant deux jours, s'oppose à l'introduction dans la bouche d'autres aliments que des aliments liquides. Pendant ce laps de temps, point d'accidents nerveux qui permettent de rattacher ce resserrement spasmodique des mâchoires à l'hystérie à laquelle la malade n'est d'ailleurs nullement sujette. Les parents de cette jeune personne, alarmés, nous prient de l'accompagner chez M. Marjolin. Ce médecin, après avoir examiné celle-ci, ne voit dans ce symptôme qu'un accident nerveux sans importance et se borne à lui conseiller des sangsues aux cuisses pour suppléer à une menstruation trop peu abondante, des bains,

quelques pilules de valériane, des embrocations narcotico-huileuses sur les muscles des mâchoires, et l'introduction, entre les dents, d'un coin de bois, dont la grosseur devra être progressivement augmentée. Ces divers moyens sont ponctuellement exécutés pendant quelques jours, mais le trismus persiste, sans augmenter toutefois. La malade vient, sarces entrefaites, à apprendre une nouvelle fâcheuse; le trismus augmente, et le lendemain, lorsque nous la revoyons, nous trouvons les muscles postérieurs du cou tendus; lorsque la malade quitte la position de supination et s'assied, la tête est portée invinciblement en arrière; du reste, le pouls est sans fréquence et sans dureté, la respiration est calme, l'intelligence est parfaite, les mouvements des membres sont libres. Tout en persistant dans l'emploi des moyens indiqués par l'habile professeur, nous croyons devoir y ajouter la belladone. Celle-ci est prescrite en extrait, à la dose de trois centigr. seulement (demi-grain) dans une potion. Aucun résultat n'est obtenu; nous doublons la dose de la belladone, et, à peine la potion est-elle épuisée, que déjà la malade se réjouit d'une amélioration notable. Les mâchoires commencent à s'écarter davantage; de temps en temps la raideur du cou disparaît et la tête conserve sa rectitude et sa souplesse normales. Nous prescrivons la même potion sans augmenter la dose du médicament actif. Nuit tranquille, bien que le sommeil ait été souvent interrompu par un réveil en sursaut; le trismus a disparu à peu près complètement, la rigidité des splenius n'existe plus. Nous conseillons à la malade d'insister pendant quelques jours encore sur l'emploi des bains, et de prendre plusieurs fois dans la journée une tasse d'une infusion légère de valériane. Ces moyens assurent la guérison; la malade n'a éprouvé depuis lors rien qui ressemble aux accidents que nous venons d'exposer.

Nous pourrions encore rapporter ici un fait qui a la plus grande analogie avec celui qui précède; qu'il nous suffise de dire que dans ce cas, comme dans ceux que nous venons d'exposer, la belladone a rapidement fait cesser un trismus extrêmement prononcé, qu'avait laissé à sa suite une attaque violente d'hystérie, pour laquelle la malade avait été saignée deux fois en vingt-quatre heures.

De ces divers faits nous concluons que c'est à tort qu'on a proscrit du traitement du tétanos ou des spasmes tétaniformes un moyen aussi puissant que la belladone; c'est sur l'autorité de l'anatomie pathologique et en s'appuyant sur quelques faits dont l'interprétation ne nous paraît point sans reproche, qu'on a proscrit ce moyen. C'est au nom d'une analogie rigoureuse et d'une expérience directe que nous engageons les praticiens, qui doivent maintenant savoir que toute la science n'est point dans les amphithéâtres, à réviser cet arrêt de proscription et à voir s'il ne s'y

trouve point quelque motif légitime de cassation. Toutefois, pour prévenir toute interprétation exagérée de notre pensée, nous ferons, en finissant, nos réserves. Dans les cas qui précèdent, il nous paraît difficile de méconnaître l'influence du moyen que nous préconisons ; est-ce à dire cependant que ce moyen est un spécifique qui doit, dans tous les cas, faire cesser l'état morbide que nous avons plusieurs fois heureusement combattu par lui ? Est-ce à dire aussi que la belladone soit parmi les solanées vireuses que la matière médicale a admises dans ses cadres, la seule qui puisse être opposée aux affections spasmodiques ? Ni l'une ni l'autre de ces deux opinions absolues n'est la nôtre. La lésion du système nerveux dont le spasme tétanique est l'expression observable, nous est complètement inconnue dans son essence ; et dans l'ignorance où nous sommes de la nature de cette lésion fondamentale, tout agent propre à modifier ce système dans son action physiologique ou morbide, peut être légitimement expérimenté ; et, pour donner la préférence à tel ou tel de ces agents dans ces expérimentations, nous n'avons qu'un guide, c'est l'analogie ; l'analogie, ce mot fera sourire sans doute nos puritains de la méthode, mais heureusement cela n'est point encore devenu, que nous sachions, un argument scientifique : il n'empêche point que dans notre science, où se pressent tant d'inconnues, nous ne nous laissions guider journellement, même à notre insu, par cette demi-lumière.

---

DE L'EMPLOI AVANTAGEUX DU COLOMBO DANS LES VOMISSEMENTS  
ATONIQUES ET NERVEUX.

La poudre de racine de colombo est fort peu usitée en thérapeutique. Cet oubli est fâcheux, car depuis plus de vingt-cinq ans je l'emploie avec le plus grand succès contre ces vomissements réputés nerveux et atoniques, c'est-à-dire indépendants de tout état phlegmasique aigu de l'estomac et de toute altération organique de cet organe. Une grande expérience m'autorise à croire que dans l'espèce ce précieux médicament est doué d'une sorte de spécificité qui approche de celle du quinquina dans les fièvres intermittentes. J'estime que, dans cinquante cas au moins, cette poudre n'a pas manqué une seule fois d'arrêter ou de suspendre ces vomissements, et le plus souvent dès les premiers moments de son emploi. J'en ai vu s'arrêter le premier jour de l'administration de ce remède, quoiqu'ils durassent depuis des années et qu'ils fussent journaliers. Aux faits déjà rapportés dans mon ouvrage, *La Thérapeutique appliquée*, je crois utile de joindre les quelques observations suivantes : elles auront l'avantage de rappeler à mes confrères l'excellente médication dont il s'agit, et de leur montrer le parti qu'on peut en tirer.



*Obs. I.* Une religieuse d'une communauté de Lyon, âgée de trente et quelques années, chez laquelle tous les remèdes administrés depuis douze ans avaient été inefficaces pour arrêter des vomissements continuels et journaliers qu'elle présentait, a été guérie presque à l'instant par le colombo. Cette intéressante malade était pour ainsi dire réduite à l'extrémité; elle était d'une faiblesse extrême occasionnée par le défaut de nourriture; car elle ne pouvait prendre le moindre aliment sans le vomir aussitôt. Tout était désespéré, lorsque la supérieure lui fit prendre, au mois de mars 1842, la poudre de colombo d'après ma formule, qui est la suivante :

Poudre de colombo 30 grammes.

Divisez en huit paquets.

On prendra un paquet par jour en trois fois; un tiers matin, midi et soir, délayé dans deux ou trois cuillerées de vin rouge ou dans du pain à chanter, et une heure avant le repas.

La première prise du médicament fit cesser les vomissements chez cette religieuse. On en continua l'usage et l'on y associa quelques cuillerées d'une potion gommeuse laudanisée. Ce traitement eut le plus heureux résultat. En quelques jours les fonctions digestives reprirent leur intégrité, et la malade recouvra des forces et de l'embonpoint. Au mois de juillet 1842, j'ai vu cette religieuse très-bien portante. Les détails qui m'ont été fournis ont confirmé ce que la supérieure m'écrivait quelques mois auparavant. Au moment où le colombo fut administré, elle était dans un état de faiblesse et de maigreur qui avait fait évanouir tout espoir de guérison; les règles étaient complètement supprimées. On avait employé, sans aucun succès, les sangsues, les vésicatoires, les emplâtres sédatifs, les eaux gazeuses et une foule de calmants de toute espèce. Aujourd'hui, 20 février 1843, elle continue à se porter très-bien.

*Obs. II.* Je fus consulté, au mois de mars 1842, pour un jeune homme de vingt-deux ans qui, depuis quatre ans, vomissait tous les jours et était tombé dans un état de fièvre lente hectique avec une douleur épigastrique constante. Le teint était jaunâtre, terreux; le facies, mauvais, offrait les caractères qu'il prend chez les individus atteints d'un squirrhe pylorique. Vu l'âge du sujet, j'opinaî néanmoins, malgré ces symptômes, pour la non-existence d'un cancer de l'estomac. En effet, le vrai squirrhe de cet organe ne s'observe jamais, comme on le sait, avant l'âge de vingt-cinq ans au moins, et on ne le voit survenir qu'infinitement rarement avant trente ans. Quoiqu'il en soit, je crus devoir débiter chez ce malade, au mois de mai 1842, par les opiacés en pilules et en potions; ils furent sans effet sur les symptô-

mes. J'employai alors la poudre de colombo, et j'obtins la cessation subite des vomissements. Dans cette circonstance, j'ai associé le sous-carbonate de fer à la poudre de colombo qui a été aussi employée à plus faible dose qu'à l'ordinaire, et cela à cause de l'état anémique et chlorotique du sujet. Voici ma formule :

Poudre de colombo	15 grammes.
Sous-carbonate de fer	4 grammes.

Faites douze paquets.

Le malade en prit un paquet par jour en trois fois, matin, midi et soir, et sur chaque prise il ingérait six gouttes de laudanum de Sydenham dans une cuillerée de potion. Sous l'influence de ce traitement, les vomissements ne reparurent point, la fièvre lente disparut, la figure devint moins terreuse, moins jaunâtre, moins chlorotique ; l'appétit revint, les forces renaquirent au point que le malade, après deux mois de traitement, put se livrer aux travaux pénibles de la campagne.

Néanmoins, il faut le dire, au bout de quelques mois, ce malade est retombé dans son premier état, soit par l'excès de ses rudes travaux, soit, et c'est plus probable, que son affection n'eût été que palliée et non guérie par le traitement. Cette circonstance ne me laisse aucun doute que l'affection de l'estomac n'ait déjà commencé à être organique. Je erois qu'il y a chez ce sujet un ramollissement pultacé commençant de la muqueuse gastrique par suite de gastrite chronique, et peut-être une lésion ulcéreuse. Cela me fait craindre qu'il ne soit exposé, si le mal persiste, à une perforation des parois de l'organe, qui entraînera inévitablement une mort prompte.

Quoi qu'il en soit, dans ce cas même comme dans ceux qui lui sont analogues, j'estime qu'il n'est point de meilleur agent thérapeutique que les toniques doux et spéciaux, et à cet égard nous ajoutons que le colombo est le tonique amer le plus doux que nous connaissions : il contient, comme on sait, un quart de matière amilacée. On peut y recourir dans le cas présent comme dans les cas qui lui ressemblent, en en tempérant l'action par quelque préparation opiacée ; surtout quand l'*alimentation exploratrice* vient, comme chez notre malade, confirmer les prévisions thérapeutiques. Nous avons, dans notre ouvrage, formulé le corollaire pratique suivant, qui est d'une haute vérité. « Si dans les maladies chroniques de l'estomac, l'alimentation féculente et lactée est bien supportée, et trouble sensiblement moins les fonctions digestives que les substances animales, c'est un signe qui indique le besoin des médications antiphlogistiques et calmantes ; si au contraire le régime gras

produit un meilleur effet, c'est une marque que les toniques sont indiqués. »

*Obs. III.* Une femme était traitée depuis très-longtemps comme atteinte d'une gastrite chronique, et soumise en conséquence à l'usage exclusif des laitages, dont elle jouissait néanmoins chaque jour la plus grande partie. Rien n'avait pu la soulager. Le sous-nitrate de bismuth, prescrit par une notabilité médicale de Paris, avait été sans nul effet. Nous commençâmes le traitement par une potion gommeuse avec quelques gouttes de laudanum, et puis nous administrâmes immédiatement la poudre de colombo. Quelques jours après, la malade ne vomissait plus, elle pouvait manger de tout indistinctement, elle fut enfin parfaitement guérie.

Nous employons journellement le colombo en poudre, à la dose de quatre grammes par jour, en trois prises, comme nous l'avons dit plus haut. Nous ne saurions assez le redire, nous ne connaissons pas de meilleur traitement contre les vomissements purement nerveux ou atoniques par débilité, les vomiturations glaireuses, pituiteuses, sans irritation ou complication phlegmasique. Si nous lui associons quelquefois les calmants opiacés, c'est dans le cas où il existe un élément nerveux ou quelque irritation spasmodique ou phlogistique. Du reste, les opiacés employés seuls, comme le prouvent les faits précédents et des milliers d'autres, sont presque toujours insuffisants. On peut, quand ces derniers sont indiqués, faire mêler exactement aux huit paquets de poudre de colombo de la formule de 40 à 60 centigr. d'extrait gommeux d'opium, ou mieux, donner le laudanum comme nous l'avons fait; on encore deux fois par jour administrer une pilule calmante au moment des plus fortes douleurs. Si l'on rencontrait des aigreurs incommodes, on pourrait ajouter 8 grammes de magnésie aux 30 grammes de colombo. D'après ce que nous avons dit, l'on comprend que, dès qu'il existerait une complication phlegmasique, le colombo ne serait plus directement indiqué; il ne pourrait le devenir à très-faible dose dans quelques gastrites chroniques qu'après qu'on aurait détruit l'élément inflammatoire par les moyens appropriés. Une chose bonne à ajouter pour le praticien, c'est que la racine de colombo, à cause du peu d'emploi qui en est fait, ne se trouve pas dans un grand nombre de pharmacies; que souvent, quand on l'y trouve, sa vétusté rend la poudre presque inactive. Il est donc important de s'assurer de la qualité de ce médicament avant d'en faire usage. Si la poudre de colombo est récente et de bonne nature, on peut avoir de très-bons résultats, même en n'en donnant au début que deux grammes par jour aux malades au lieu de quatre grammes.

DEBBRYNE.

DES ACCIDENTS SYMPATHIQUES QUI ACCOMPAGNENT LA PREMIÈRE DENTITION, ET DE L'UTILITÉ DE L'APPLICATION LOCALE DES SANGSUES AU VOISINAGE DES GENCIVES POUR LES FAIRE DISPARAITRE.

Je me rangerais volontiers, avec certaines restrictions cependant, à l'opinion des médecins qui pensent que ces gros traités spécialement écrits sur les maladies des enfants sont, dans une bonne partie de leur étendue, complètement inutiles dans la modeste bibliothèque du praticien; car ils ne servent qu'à répéter dans bon nombre de chapitres, et cela comme appartenant à la première enfance, ce qui est déjà dit dans tant d'autres ouvrages sur des maladies tant internes qu'externes, qui sont le partage de tous les âges, et pour lesquelles la thérapeutique est la même à quelques modifications près nécessitées par l'âge, la sensibilité et les forces des jeunes sujets auxquels on l'applique. Je signale cet abus bibliographique; mais il n'est pas dans mon intention de nier qu'il existe des maladies qui frappent plus particulièrement à la première époque de la vie ou qui ne se manifestent qu'alors. Notre grand Hippocrate n'avait-il pas déjà classé les maladies de la première enfance en trois époques, et n'était-ce pas dans la seconde que se trouvaient comprises toutes celles qui se développaient par suite du travail de la dentition? A-t-on fait jusqu'ici mieux que ce maître immortel?

Je n'ai pas à m'occuper en ce moment des diverses affections congéniales ou autres que présente le jeune enfant. Mon but est uniquement de dire quelques mots sur un état pathologique embarrassant pour le jeune praticien, à cause du vague et de la confusion qui règnent dans les auteurs même les plus estimés; je veux parler des accidents sympathiques graves qui surviennent à l'époque de la première dentition, et surtout de la diarrhée hientérique, symptomatique d'une dentition difficile et douloureuse. Je veux aussi appeler l'attention de mes confrères sur un nouveau traitement propre à combattre ces accidents avec avantage.

Il est rare que la sortie de chaque série de dents n'amène pas quelques dérangements dans la santé des enfants; mais ces dérangements sont quelquefois sans conséquence. Les incisives sont celles qui traversent le tissu gengivaire le plus facilement; viennent avec plus de difficulté les molaires; mais c'est au travail que la nature opère pour les canines qu'on doit surtout le développement d'accidents toujours plus sérieux qui font un assez grand nombre de victimes. Cette vérité n'a pas été constatée seulement d'aujourd'hui, elle est écrite dans Hippocrate: « *Ad dentitionem vero accedunt gengivarum pruritus, febres, convulsiones, alvi profluvia, et maxime ubi caninos dentes prodeunt et iis qui inter pueros sunt crassissimi, et qui alvos duros habent.* »

Tant qu'il n'y a que diarrhée, si l'enfant conserve le lait qu'il prend au sein, et s'il ne vomit pas la nourriture plus substantielle qu'on lui donne, le médecin n'est point appelé, les soins tirés du régime sont les seuls que reçoit le petit malade; ils consistent dans la suppression des panades et des aliments grossiers dont souvent on les repait, surtout à la campagne, pour se borner à l'allaitement et à quelques boissons qui n'ont heureusement des propriétés astringentes que le non. Le médecin n'intervient que lorsque l'enfant refuse le sein, qu'il a de la fièvre, qu'il joint à ces évacuations morbides des vomissements répétés, accompagnés d'une maigreur de jour en jour croissante, etc.

Voilà donc le médecin auprès du berceau de ce petit malade, dont les premières dents ne sont pas encore sorties; il trouve une diarrhée opiniâtre qui dure depuis plusieurs jours, voire même depuis quelques semaines; les selles liquides d'un vert plus ou moins foncé, d'une consistance albumineuse, sont souvent striées de sang; elles sont presque continuelles, elles ont une odeur fade, nauséuse, fétide; des vomissements spontanés arrivent après la déglutition du lait pris à la mamelle, ainsi que des aliments les plus légers; la maigreur est déjà tellement prononcée que la peau décolorée est flasque et ridée; les yeux sont languissants et enfoncés dans leur orbite. Il examine la bouche, il trouve les gencives, la langue, toute la muqueuse qui tapisse cette cavité et recouvre les lèvres d'un rose foncé, les dents, s'il y en a déjà de sorties, paraissent d'autant plus blanches et plus brillantes que leur collet est entouré par des gencives plus enflammées. Ce sont là les signes d'une phlegmasie muqueuse des plus prononcées; la soif est ardente, l'enfant la manifeste par des gestes expressifs lorsqu'il aperçoit un verre à boire ou tout autre vase destiné à cet usage. N'est-ce pas là, je le demande, la racine, le foyer d'où partent les désordres digestifs et tous les troubles nerveux et sympathiques que l'on observe?

Cependant que fera le médecin, quelque instruit qu'il soit, à quelque opinion médicale qu'il appartienne? Ne croyez pas qu'il s'adresse à la cause de tant de désordres, il n'y pensera seulement pas; les symptômes de gastro-entérite seuls absorberont son attention thérapeutique; tout son traitement sera dirigé contre le désordre sympathique du tube digestif. Il pourra permettre qu'on passe sur les gencives un peu de miel; il donnera à l'enfant un hochet quelconque que celui-ci promènera convulsivement sur les bords alvéolaires, mais il s'occupera exclusivement de l'abdomen, il y pratiquera des applications émollientes; au besoin il donnera des bains, fera mettre quelques sangsues à l'anus ou sur le ventre, il hasardera une potion antispasmodique calmante, prescrira l'usage répété de lavements émollients calmants, de l'eau de gomme pour tisane

Puis, si malgré ces moyens le mal continue et s'aggrave, si les selles deviennent purulentes, si quelques convulsions se montrent, alors il se décidera à l'*incision* de la gencive, petite opération préconisée par les uns et proscrite par les autres.

L'expérience m'a démontré l'irrationalité de semblables traitements. C'est à son origine, c'est à sa source qu'il faut attaquer le mal. C'est sur le lien même qu'il faut, à mon avis, modérer l'intensité du travail fluxionnaire, principe de toutes les sympathies morbides qui existent. C'est même cet excès de stimulus qui s'oppose à l'accomplissement de la fonction : en le diminuant d'une manière directe, on hâte, comme on le verra par les faits que je vais rapporter, la sortie de la dent.

Or, j'arrive à ce résultat par l'application directe de quelques sangsues, et à une certaine époque du travail, je substitue ce simple moyen à tous ceux qui sont généralement employés.

Hippocrate dit bien que, si la fièvre est violente, on emploiera la saignée; Hamilton dit aussi qu'en pareil cas on appliquera des sangsues; mais ni l'un ni l'autre ne désignent le lieu de l'application; MM. Baudeloque et Billard n'en disent pas un mot; MM. les docteurs Trousseau et Baron se sont bien occupés des accidents qui surviennent pendant la première dentition, mais ils n'ont pas, que je sache, mentionné ce moyen.

Je place les sangsues à la région maxillo-linguale et dans la gouttière qui longe le bord interne de la mâchoire inférieure, lorsqu'il s'agit des dents inférieures, et un peu au-dessus de la lèvre supérieure, lorsque ce sont les dents de cette région qui sont en travail. Quand je suis dans l'incertitude, et que l'intensité de l'inflammation le requiert, je fais les deux applications à la fois. Le nombre des sangsues varie de deux à huit, selon l'âge et la force du sujet; dans l'emploi de ce moyen comme dans tous ceux que nous fournit la matière médicale, l'opportunité est une chose capitale; c'est à elle que je dois peut-être les heureux effets que j'en ai retirés. Voici tout ce que je puis dire à cet égard. J'ai cru observer que ce n'est pas lorsque le malade n'est que légèrement indisposé, qu'on doit agir : il y a trop loin de là au moment où la dent se fera jour à travers les tissus, il faudrait y revenir trop souvent, et l'enfant pourrait être trop faible lorsque cette saignée serait urgente et d'une nécessité absolue; car il faut que le travail ait son cours, il faut que la dentition arrive à sa perfection; les moyens simples employés de tout temps sont les seuls exigés alors. Ce n'est que plus tard, alors que la gencive sera tuméfiée et que les accidents gastro-intestinaux auront acquis un certain degré de gravité qu'il faudra recourir aux sangsues. Je rapporterai les faits que j'ai observés, et l'on en jugera sans doute comme moi.

Il est sous-entendu que la fièvre, ce symptôme obligé des phlegmasies, ne fait pas faute dans celle-ci. Mais les signes qui se manifestent par des plaintes, l'anxiété, la rougeur prononcée des pommettes, la chaleur générale et l'accélération du pouls, lorsque le travail est aigu, que l'enfant est fort et vigoureux, ne sont pas toujours aussi prononcés quand la maladie dure depuis quelque temps et qu'il y a épuisement des forces; ce ne sont plus alors que de faibles gémissements, une légère coloration circonscrite des joues, et le pouls n'est plus un signe fébrile. C'est du reste, comme on l'a observé, un phénomène physiologique qui n'est pas toujours sensible chez les enfants de cet âge, même en bonne santé.

Je dois dire que je n'ai pas négligé de porter mon attention sur les désordres consécutifs du tube digestif; les émollients ont été donnés à l'intérieur aussitôt que les vomissements l'ont permis, et à l'extérieur pendant tout le cours de la maladie, conjointement avec quelques dérivatifs plus ou moins actifs aux extrémités inférieures.

*Obs. I.* Il y a quatre ans, l'enfant Babin, âgé de vingt mois, n'avait encore que ses incisives et ses molaires; sevré à un an, il n'avait éprouvé que de légères indispositions; lorsque les canines parurent devoir se développer, la muqueuse buccale s'enflamma, il repoussa toute alimentation solide pour y substituer l'eau froide; la diarrhée survint, elle prit un mauvais caractère, l'émission de quelques lombrices eut lieu; les parents administrèrent le seméncontra; les accidents augmentèrent, il survint quelques vomissements et l'enfant maigrit. Un confrère fut appelé: le traitement se composa de boissons émollientes, de fomentations mucilagineuses sur l'abdomen et de demi-lavements avec les capsules de pavot. Une couple de semaines s'étaient écoulées sans amendement, les canines soulevèrent les gencives, les vomissements devinrent continuels, une légère convulsion venait d'avoir lieu, les déjections aqueuses entraînaient avec elles des flocons filants de la consistance du blanc d'œuf cru. La mère éplorée me vint passer, m'appela et me montra son enfant. Pour la première fois j'eus l'idée de faire appliquer deux sangsues sur chaque côté interne du bord inférieur de la mâchoire au lieu qui correspondait à chacune des dents: le sang coula assez abondamment; on me pria de revenir le lendemain. Quelle ne fut pas ma surprise, lorsque je trouvai le petit malade dégagé de presque toutes ses souffrances; il n'y avait eu que trois ou quatre selles, et les vomissements n'avaient plus reparu, la muqueuse n'était presque plus enflammée, le mieux continua, et, dix jours après, la mère heureuse montrait son enfant avec deux dents de plus. Pour les deux dernières il n'y eut que de faibles dérangements. Encouragé par ce succès, sur lequel j'avais été loin de compter, je me promis de saisir la première occasion. Elle ne tarda pas à se présenter.

*Obs. II.* L'enfant Brunet, vingt mois, sevré depuis huit, beaucoup d'embonpoint, n'avait eu que quelques légers dérangements lors de la sortie des dents incisives et des premières molaires. Il y avait eu un intervalle de trois mois lorsque le travail des canines commença. Celui-ci se fit d'abord assez péniblement, la salivation devint très-abondante, les gencives s'enflammèrent, les selles se montrèrent liquides, vertes et albumineuses, quelques vomis-

séments eurent lieu, l'inappétence, la fièvre, complétèrent cette série morbide. Quelques sangsues sur la lèvre supérieure réappliquées deux jours de suite, ramenèrent la santé, et les canines sortirent peu de temps après. J'ai appris depuis que pour les inférieures les accidents s'étant montrés comme pour les précédentes, la mère employa le même moyen et le succès fut le même.

*Obs. III, IV, V et VI.* Depuis deux ans, je n'avais été consulté que pour des cas simples qui n'avaient exigé que des soins dans le régime, lorsque vers le mois de septembre dernier on réclama mes soins pour deux petits enfants, l'un âgé de quinze mois (Valentin), l'autre de dix-sept (Felleman). Valentin avait été languissant les trois ou quatre premiers mois de son existence, souffrances que l'on attribuait à des difficultés sans nombre pour la lactation; enfin celle-ci étant devenue meilleure, l'enfant se remit parfaitement. Les premières incisives se développèrent sans difficulté. Felleman, au contraire, était un enfant superbe; les incisives poussèrent sans que la mère s'en aperçût pour ainsi dire, mais il n'en fut pas de même lorsque les molaires du premier et les canines du second entrèrent en travail; tous les accidents énoncés dans les observations précitées apparurent chez l'un comme chez l'autre. Je ne fus consulté que lorsque les enfants furent dans un état de faiblesse extrême. Je crus qu'il était trop tard pour employer les sangsues, et ne fis usage que des émoullients, engageant les mères à présenter de nouveau le sein, quoiqu'il y eût plus de quinze ou vingt jours que le sevrage était terminé. Le lait ne tarda pas à reparaitre dans ces organes; je comptais sur cette nouvelle lactation. A la même époque, je fus demandé pour les enfants Drieux et Lévêque, chez qui les canines avaient, depuis quinze jours, donné naissance à la même maladie, moins la maigreur excessive. Une application de sangsues à la région maxillo-linguale fit cesser immédiatement les accidents chez Lévêque, et les dents parurent quelques jours après. Il y eut un mieux prononcé chez Drieux; mais comme la dent mit plus de temps à rompre la gencive, les accidents se renouvelèrent, ce qui nécessita trois ou quatre applications. L'enfant Valentin succomba, et Felleman allait éprouver le même sort, lorsque, malgré l'état d'épuisement où il se trouvait, je me décidai à placer deux sangsues à la lèvre supérieure; dès le lendemain il parut un peu mieux; il n'avait eu que deux ou trois vomissements, la diarrhée avait fait place à des selles presque normales. Cet état dura quelques jours et la dent se montra. La santé fut de nouveau compromise par une autre canine; le même traitement en fit justice, et l'enfant est parfaitement guéri depuis un mois.

Ainsi nous voyons que sur six enfants, seuls malades observés jusqu'ici, cinq ont été traités d'après cette méthode et ont guéri très-promptement; un seul n'y a pas été soumis, et il a succombé. Que de nouvelles expériences soient faites dans ce sens par mes confrères; que ce point de pathologie devienne l'objet de leurs investigations, et si les résultats qu'ils obtiendront sont aussi favorables que les miens, on s'en rapprochant, ce travail n'aura pas été sans quelque utilité.

SENNÉ, D. M.

à Surgères (Charente-Inférieure).





## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### CONSIDÉRATION PRATIQUE SUR LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS, LEUR DIAGNOSTIC ET LEUR TRAITEMENT.

Malgré les travaux qui ont été publiés sur les tumeurs fibreuses de la matrice, et bien que cette question de pathologie ait été éclairée, surtout sous le rapport anatomique, par de nombreux et intéressantes recherches, il est encore plusieurs points dans le diagnostic et le traitement de ces tumeurs, qui ont été généralement négligés, et sur lesquels il est important de fixer l'attention des praticiens.

Un premier point est relatif au développement des corps fibreux, que l'on a représentés à tort comme ne pouvant pas, en raison de leur enkystement dans l'épaisseur du tissu de la matrice, former à la périphérie de cet organe un relief suffisant pour qu'on puisse les confondre soit avec un polype, soit avec une tumeur qui aurait pris naissance entre le péritoine et l'utérus. Il suffira des deux observations suivantes, pour démontrer combien cette opinion est erronée.

*Obs. I.* Une femme vint me consulter pour des pertes qui se renouvlaient fréquemment : je pratiquai le toucher, et je trouvai une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, engagée dans l'orifice inférieur du col utérin, qui la circonscrivait *à la manière d'une manchette*; il était d'ailleurs impossible de préciser la hauteur à laquelle cette tumeur remontait dans l'utérus. Comme la malade s'affaiblissait chaque jour, je l'opérai. Saisissant la tumeur avec des égrèges de Museux, je l'amenai à l'orifice vulvo-utérin. Incertain alors sur sa nature, je fis, parallèlement à son axe, une incision exploratrice, en ayant soin de diviser les tissus lentement et couche par couche; je pénétrai de la sorte dans une poche formée par le tissu même de la matrice, et qui contenait dans sa cavité une tumeur fibreuse que j'enlevai par énucléation. Cette femme fut promptement guérie.

*Obs. II.* Une malade, couchée dans la salle Saint-Augustin, présentait un développement de l'utérus tellement considérable, que cet organe remplissait l'excavation du bassin, et remontait jusqu'à l'ombilic. On sentait à travers la paroi abdominale des tumeurs saillantes et volumineuses, qui semblaient adossées au corps de la matrice hypertrophiée, et situées entre elle et le péritoine. La malade ayant succombé, l'autopsie nous permit de constater une induration simple de la matrice, qui logeait

dans l'épaisseur de sa paroi antérieure quatre tumeurs fibreuses, faisant un relief très-prononcé à sa surface.

Je citerai un troisième fait pouvant servir également à l'histoire des tumeurs fibreuses et à celle des polypes utérins, qui présente sous un aspect entièrement neuf les difficultés du diagnostic chirurgical dans l'affection qui nous occupe.

*Obs. III.* Une femme, couchée dans la salle Saint-Augustin, avait la matrice très-volumineuse, au point qu'elle remontait jusqu'à l'ombilic, et occupait presque toute l'étendue du diamètre transversal de la région hypogastrique :

L'impossibilité d'introduire le doigt dans l'orifice inférieur du col avait toujours empêché d'explorer l'intérus, et de s'assurer s'il renfermait un produit accidentel. Par le toucher abdominal, on sentait des bosselures très-saillantes, qui paraissaient produites par des corps fibreux développés à la surface externe et antérieure de la matrice. Cette femme éprouva tout à coup des douleurs expulsives, qu'elle compara aux douleurs d'accouchement. L'intérus alors diminua de volume, sa surface devint lisse et n'offrit plus de bosselures; il ne s'éleva guère que de neuf centimètres au-dessus du pubis, et son diamètre transversal a diminué de moitié. En même temps, je découvris dans le vagin la présence d'un polype de la grosseur des deux poings environ, offrant à sa surface plusieurs mamelons saillants et volumineux, et pénétrant profondément dans la matrice par son pédicule. Après avoir détruit, à l'aide des émollients et de la saignée révulsive, quelques phénomènes inflammatoires qui se manifestèrent du côté de l'intérus, je pratiquai l'excision de ce polype, auquel j'eus de la peine à faire franchir l'orifice vulvo-utérin, tant il était volumineux; et pour y parvenir je fus obligé d'exercer des tractions avec mes doigts indicateurs que je fis agir à la manière d'un forceps sur le sommet de la tumeur. Il me fut facile ensuite, le col étant très-dilaté, de parvenir sur l'insertion du pédicule, qui avait lieu à la partie inférieure et antérieure du corps de la matrice, et de le couper à l'aide de forts ciseaux.

Il résulte donc de ces faits : 1<sup>o</sup> qu'une tumeur fibreuse, située dans l'épaisseur des parois de la matrice, malgré l'état d'enkystement où elle se trouve, fait quelquefois, soit à la surface externe, soit à la surface interne de cet organe, un relief assez prononcé pour qu'il soit possible de la prendre pour un polype proprement dit, ou un produit anormal développé entre le péritoine et la surface externe de l'intérus.

2<sup>o</sup> La troisième observation prouve en outre qu'un polype volumineux, dont la surface offre des inégalités et des renflements mamelonnés, peut, lorsqu'il est encore enfermé dans la cavité utérine, en distendre et en

amener les parois, à un tel point que ces mamelons se dessinant au travers de la paroi abdominale, soient accessibles au toucher, et simulent des corps fibreux extra-utérins, situés sous le péritoine.

Les corps fibreux étudiés dans leur développement se présentent sous divers aspects dont chacun est l'expression anatomique des transformations successives que ces tumeurs peuvent subir depuis l'état fibreux primitif jusqu'à l'ossification complète, comme l'observation en a montré des exemples. Sans insister sur ces détails qu'un excellent Mémoire de M. Roux a suffisamment établis, et voulant surtout ici m'attacher aux points pratiques de la question, je dirai qu'il y a sur l'évolution des corps fibreux certaines opinions qu'il importe de détruire, leur influence, si elles étaient acceptées, pouvant induire en erreur la thérapeutique. Ainsi il n'est pas vrai qu'en général ces tumeurs ne déterminent aucun phénomène morbide appréciable ni dans l'utérus, ni dans l'ensemble de la constitution. Sans doute il est des circonstances où les choses se passent de cette manière, et pour ma part, je connais quelques femmes qui portent sur la matrice des tumeurs fibreuses depuis six, dix, quinze et même vingt ans, tumeurs complètement stationnaires et ne présentant d'autre symptôme qu'une leucorrhée habituelle par le vagin ; il est même quelques-unes de ces femmes qui ont eu des grossesses très-heureuses suivies d'accouchements à terme. Mais je m'empresse d'ajouter que ce sont là des cas exceptionnels, que le plus souvent la santé des femmes en ressent une influence fâcheuse, et que l'utérus, dont la vitalité croît et s'exagère, subit dans sa structure et dans ses rapports habituels des modifications très-notables ; qu'enfin des sympathies morbides nombreuses sont éveillées vers les principaux organes, notamment vers ceux de la digestion, de la circulation, et plus sûrement encore du côté du système nerveux. Ainsi le phénomène qui a lieu presque constamment sur l'utérus, c'est l'hypertrophie souvent générale, quelquefois locale et circonscrite de son tissu, produite par l'irritation continue qu'y développe et qu'y entretient le corps fibreux, et dont le résultat ordinaire est une induration plus ou moins étendue. Il arrive souvent aussi qu'à mesure que la tumeur fibreuse se développe et fait des progrès en se portant vers le péritoine qu'elle soulève et distend, cette membrane s'enflamme ; et cette phlegmasie sera d'autant plus à craindre, que le produit morbide est plus superficiellement situé dans la paroi correspondante de l'utérus. Mais de tous les signes rationnels qui militent en faveur de l'existence d'une de ces tumeurs interstitielles et déjà en voie d'éruption dans la cavité utérine, il n'en est pas qui aient une plus grande valeur que les douleurs expulsives dont les femmes se plaignent, surtout à l'approche des règles et pendant les premiers jours qui suivent

leur cessation ; ces douleurs ont un caractère tellement tranché que les malades ne sauraient les confondre avec aucune autre, et qu'elles les comparent à celles que détermine l'accouchement. Lorsqu'on les observe et qu'elles se répètent avec une certaine persistance, on peut presque à coup sûr diagnostiquer la prochaine apparition d'une tumeur polypeuse dans le vagin, surtout s'il n'y a aucune raison de croire à la présence d'un autre corps étranger quel qu'il soit, dans la cavité utérine ; car des caillots sanguins, des mucosités abondantes ou tout autre produit de sécrétion anormale pourrait, à la rigueur, traduire sa présence dans l'utérus par un phénomène semblable. Aussi ne lui accordons-nous pas une valeur absolue et décisive, et ne le regardons-nous que comme établissant une présomption capitale que les faits ont presque toujours justifiée. Les autres symptômes qui se rapportent également à l'engorgement de la matrice, à la plupart de ses nombreux et divers états pathologiques, sont les douleurs aux lombes, aux aines, aux enisses, la chaleur dans le vagin, le trouble des fonctions digestives, la leucorrhée, les anomalies de la menstruation, les palpitations, les oppressions, les douleurs dans les seins, quelquefois l'hystérie, la nymphomanie, et enfin les déviations de l'intérus dans un sens ou dans un autre. Tous ces symptômes pris isolément n'ont qu'une signification tout à fait secondaire ; mais quand ils se groupent entre eux et coïncident avec celui beaucoup plus expressif que nous avons indiqué, les douleurs expulsives, le diagnostic des tumeurs fibreuses acquiert un degré de certitude presque incontestable, si surtout par le toucher hypogastrique, vaginal ou anal, et par l'examen au spéculum on a pu constater sur l'utérus la présence de tumeurs plus ou moins arrondies, circonscrites et séparées par des anfractuosités dont la profondeur est en rapport avec le développement excentrique de ces mêmes tumeurs.

Pour compléter l'étude séméiologique des corps fibreux de la matrice, il importe de savoir si, lorsqu'on observe ainsi dans l'épaisseur du tissu utérin des tumeurs arrondies et circonscrites, ces tumeurs leur appartiennent nécessairement. On le pense en général, et c'est suivant nous une erreur ou ne peut plus grave, puisque, partant de cette idée qu'il a toujours affaire à un corps fibreux, c'est-à-dire à un état pathologique incurable, le praticien se bornera à l'emploi de moyens simplement palliatifs, et laissera ainsi échapper l'occasion de guérir une lésion organique qui n'était pas alors au-dessus des ressources de l'art, et qui, trop faiblement attaquée, continuera à faire des progrès et compromettra à la fin la santé des femmes qui en sont atteintes. Pour moi, ces tumeurs arrondies peuvent être le résultat d'une hypertrophie locale avec induration du tissu utérin. Et qu'on ne croie pas que ce soit là un aperçu

purement théorique : j'ai souvent dans ma clinique fourni la preuve anatouique de ce que j'avance. Est-il donc d'ailleurs si difficile d'admettre que l'inflammation, qui si souvent existe isolément sur le col ou sur le corps de l'utérus, puisse se développer sur un point encore plus limité de cet organe et y déterminer une hypertrophie circonscrite sous forme de tumeur dure et arrondie? Ne voit-on pas le phlegmon à la cuisse, par exemple, disparaître dans presque toute l'étendue du membre et laisser çà et là quelques noyaux d'engorgement isolés, circonscrits? Pourquoi n'en serait-il pas de même de l'inflammation aiguë qui aurait envahi la totalité de la matrice? A l'appui de ces idées, qui ont déjà en leur faveur le raisonnement et l'analogie, je rappellerai qu'à l'époque où je faisais un cours de médecine opératoire, j'ai montré, sur des femmes qui avaient succombé à des métrites ou à des métrô-péritonites passées à l'état chronique, de ces engorgements bosselés et parfaitement circonscrits, dont quelques-uns présentaient à leur centre un commencement de suppuration; presque tous d'ailleurs, durs, arrondis, inégaux, offraient une conformité d'aspect et de consistance avec les corps fibreux interstitiels, telle qu'on eût pu aisément s'y méprendre. Au début de ma pratique, guidé par les idées généralement admises, je croyais toujours avoir affaire à des tumeurs fibreuses; mais ayant remarqué que souvent je parvenais à l'aide des antiphlogistiques et des narcotiques à en diminuer le volume, après avoir d'abord détruit l'élément phlegmasique, je les attaqui plus tard par les fondants, et plusieurs fois ainsi j'en obtins la résolution complète. Je n'ai pas besoin de dire que dès lors je fus éclairé sur la nature de ces tumeurs, que j'avais crues de structure fibreuse : la résolution du tissu fibreux étant impossible, je conclus que très-fréquemment, ainsi que cela m'était arrivé à moi-même, on prenait pour des tumeurs fibreuses de simples engorgements de la matrice. Mais laissons parler les faits, qui bien mieux que la discussion sauront éclairer cette question importante de thérapeutique chirurgicale.

*Obs. IV.* — Au n° 20 de la salle Saint-Augustin est une malade âgée de trente-cinq ans, affectée de pertes blanches et de fréquentes métrorrhagies; elle éprouve un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, surtout vers le rectum. Chez elle, la matrice s'élève à six centimètres au-dessus de la symphise du pubis. L'état de maigreur où se trouve cette malade permet de constater sur sa face antérieure, en déprimant la paroi abdominale, une tumeur bosselée, arrondie, circonscrite, dure et formant un relief de quatre centimètres environ. Il existe dans la lèvres postérieure du museau de tanche un tubercule du volume d'une petite noisette; le corps de l'utérus est hypertrophié. La malade fut soumise

au traitement suivant : exercice modéré, repos absolu des organes affectés, bains tièdes, saignée révulsive au bras vingt-quatre heures après la cessation des règles ; tisane de saponaire sucrée ; pilules de ciguë, depuis 5 centigrammes jusqu'à 20 par jour ; quart de lavement froid, le soir en se couchant, pour le garder, additionné de six gouttes de laudaunum s'il y a de la douleur. Régime doux, viandes blanches, légumes et poisson frais.

Sous l'influence de ce traitement, trois mois suffirent pour détruire complètement la subinflammation dont l'utérus était le siège. J'administrai alors l'iodure de potassium à l'intérieur. Les deux tumeurs avaient déjà diminué de volume. Tous les soirs on fait sur les aines une friction avec la pommade qui suit :

Prenez : Axonge purifiée. . . . 30 grammes.  
Iodure de plomb. . . . 4 grammes.  
Opium muqueux . . . 3 décigrammes.

Cette médication fut suivie pendant le quatrième et le cinquième mois. La tumeur de la paroi antérieure du corps de la matrice a disparu ; celle du museau de tauche a perdu les deux tiers de son volume primitif. Je remplace les injections par les douches ascendantes pratiquées avec l'eau de guimauve presque froide ; des bains de baréges sont administrés, et à la fin du septième mois il n'y a plus de douleur, la menstruation est normale, la matrice est rentrée dans le petit bassin. La malade est guérie.

*Obs. V.* — M<sup>me</sup> L..., âgée de vingt-sept ans, a eu deux grossesses très-heureuses. A la suite d'une suppression brusque des menstrues, elle éprouva une métrite aiguë qui, combattue par les moyens ordinaires, passa à l'état chronique ; elle y était à peu près depuis quarante jours quand je fus appelé auprès de la malade. Il existait un écoulement blanc très-abondant, une aménorrhée et des douleurs utérines assez vives. Au toucher, je reconnus que la matrice avait doublé de volume en même temps qu'elle avait subi une antéversion considérable : son col se trouvait tout à fait refoulé vers l'excavation du sacrum. Je remarquai sur la face antérieure de l'organe une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon ; cette tumeur, conoïde, dure et complètement immobile, est inégale à sa surface. Je mis en usage le traitement indiqué dans l'observation qui précède, et au bout de deux mois, la tumeur avait diminué au moins d'un tiers. Les foudants succédèrent alors aux émollients et aux anti-phlogistiques, et au cinquième mois, la tumeur avait perdu les trois quarts environ de son volume. Pendant trois mois ensuite, elle resta stationnaire, et ce ne fut qu'à la fin du dixième mois qu'elle diminua

encore notablement. Enfin un mois plus tard, le toucher ne m'en fit découvrir aucune trace. La déviation de l'utérus a également disparu, à peu de chose près. La malade est guérie.

*Obs. VI.* — Madame P..., âgée de trente-deux ans, eut ses règles supprimées brusquement par une vive émotion morale. — Bientôt après, douleurs utérines, leucorrhée abondante, trouble dans les fonctions digestives, pâleur de la face, amaigrissement; aménorrhée complète depuis trois mois; emménagogues employés vainement; injections irritantes dans le vagin, sans succès contre l'écoulement; médication tonique à l'intérieur sans un meilleur résultat. Il y a un an que la maladie a débuté quand j'examine cette dame. La matrice remonte jusqu'à l'ombilic; elle remplit l'excavation pelvienne, son col est entièrement effacé; partout son tissu est dur. Je touche successivement par le vagin; le rectum et l'hypogastre, et je constate l'existence de tumeurs circonscrites, arrondies, dont plusieurs offrent des inégalités à leur surface. — Saignée révulsive de 90 grammes, lavements, injections, et tous les autres moyens déjà indiqués, plus la potion suivante :

Eau de tilleul. . . . .	90 grammes.
Iodure de potassium . . .	1 —

à prendre en trois doses égales dans le cours de la journée. Chacune de ces doses est mêlée à un verre d'eau sucrée. Tous les quatre ou cinq jours on ajoute 1 gramme d'iodure de potassium, que l'on porte ainsi successivement jusqu'à 5 et 6 grammes pour la même quantité de liquide. — Dès la fin du premier mois, la matrice et les tumeurs qu'elle présentait ont diminué au moins d'un tiers. — Au troisième mois, elles ont perdu les deux tiers de leur volume, et à la fin du cinquième, elles ont complètement disparu; tous les autres symptômes sont dissipés, et la malade est guérie.

*Obs. VII.* — Sur une femme de quarante-cinq ans, que j'observai dans mon hôpital, je constatai, à l'aide du toucher par le rectum, une tumeur du volume et de la forme d'un gros marron, occupant la partie postérieure du corps de l'utérus. Cette tumeur fut attaquée par la médication que nous avons suffisamment fait connaître dans les précédentes observations, et après six mois de traitement non interrompu; j'eus la satisfaction de voir la santé générale de la malade se rétablir, en même temps que la résolution de la tumeur était complète.

De ces faits et de beaucoup d'autres que j'ai recueillis dans ma pratique, je conclus qu'il existe dans l'épaisseur du tissu utérin des indurations bosselées, inégales, dures et circonscrites, que l'on confond souvent avec les corps fibreux de cet organe, tandis qu'elles reconnais-

sent pour point de départ une hypertrophie partielle de l'utérus, et que constituées par des éléments anatomiques susceptibles de résolution, elles réclament un traitement rationnel dont l'expérience nous a presque toujours démontré l'efficacité. Il importait donc de bien établir cette distinction entre ces tumeurs que l'art peut guérir, et les corps fibreux qui par leur nature même résistent invinciblement à tous les efforts de la thérapeutique ; et toutes les fois qu'il existera dans l'esprit du praticien des doutes sur la composition intime de ces indurations isolées et arrondies de la matrice, il devra agir comme s'il avait affaire à une hypertrophie simple de cet organe ; car en supposant qu'il s'adressât réellement à un corps fibreux, comme celui-ci donne lieu aux mêmes symptômes qu'un engorgement de l'utérus, que souvent même il le détermine consécutivement, le même traitement serait encore indiqué, et il aurait de plus pour lui la chance de retarder le développement du produit fibreux anormal, et de le maintenir à l'état stationnaire en diminuant l'excès de vitalité et de mouvement nutritif qui préside à son évolution et en favorise l'accroissement. — L'observation suivante, où se trouve retracée l'histoire d'un de ces corps fibreux dont j'ai pu suivre le développement pendant plusieurs années, fournira la preuve de la proposition que je viens d'énoncer, et sur laquelle, en terminant, j'appelle de nouveau l'attention des praticiens.

*Obs. VIII.*— Madame S... fut réglée à douze ans ; depuis, les menstrues furent assez irrégulières et douloureuses. — Mariée à seize ans, elle n'a pas eu d'enfants. — Des hémorrhagies utérines eurent lieu très-souvent, et parfois elles résistèrent aux moyens mis en usage.

Le toucher faisait constater une augmentation de volume de la totalité de l'utérus, et le doigt, introduit dans son col, n'y rencontrait aucune apparence de tumeur. La matrice, à trois reprises différentes, avait augmenté et diminué de volume ; la métrorrhagie avait cessé, lorsqu'à la suite d'un voyage en voiture, celle-ci reparut accompagnée de douleurs abdominales. Le toucher, que je pratiquai alors, me fit reconnaître un polype de la grosseur d'un œuf, pédiculé, et ayant franchi l'orifice inférieur du vagin. J'en fis l'excision, qui ne fut suivie d'aucun accident. La matrice reprit son développement ordinaire ; mais alors, pouvant par le toucher arriver plus haut sur son corps, je reconnus une tumeur grosse comme une petite châtaigne, douloureuse à la pression, et siégeant profondément dans l'épaisseur de sa paroi antérieure. Je n'en dis rien à M<sup>me</sup> \*\*\*, dont la santé chancelante ne permettait d'ailleurs aucun traitement un peu énergique. — Trois mois après, elle se portait à merveille, son embonpoint était revenu, lorsqu'à la suite d'une promenade un peu longue, le soir, dans un lieu humide, elle éprouva



des douleurs sourdes et profondes dans la région hypogastrique, avec chaleur et pesanteur dans le bassin. Les règles peu abondantes devancèrent leur époque habituelle et furent très-douloureuses. Au toucher, la matrice est à l'état normal. La tumeur qu'elle porte n'a pas varié. — Je mis en usage le traitement destiné à combattre les engorgements de l'utérus : pendant neuf mois, il fut rigoureusement suivi, et parvint à dissiper les douleurs, les pertes blanches, les hémorrhagies utérines, qui récidivèrent souvent. Quant à la tumeur du corps de l'utérus, elle demeura invariablement stationnaire. — Pendant trois ans, cette dame resta dans un état de santé assez satisfaisante, et n'était obligée de reprendre son traitement que de loin en loin, et à l'occasion de quelques douleurs vers la matrice, ou d'un dérangement menstruel. Mais les accidents reparurent à la suite d'un écart de régime et d'un refroidissement, et nécessitèrent de nouveau un traitement sévère. — Pendant quatre autres années, M<sup>me</sup> \*\*\* présenta pour symptôme principal des pertes rouges, qui se manifestèrent tous les cinq ou six mois environ, et la tumeur que j'avais depuis longtemps regardée comme un corps fibreux n'offrait aucune diminution. — Six autres années se passèrent encore, durant lesquelles il n'y eut d'autres accidents que quelques hémorrhagies, des douleurs légères, et une pesanteur assez incommode dans le bassin. La malade va bien d'ailleurs ; la menstruation est normale, l'utérus n'est point engorgé, son col ne présente aucune solution de continuité.

M<sup>me</sup> \*\*\* s'étant exposée au froid, fut prise alors d'une pneumonie double, à laquelle elle succomba, malgré le traitement le plus énergique. — L'autopsie nous permit d'examiner les organes génitaux : les ovaires, les trompes, les ligaments larges sont à l'état sain ; l'utérus, un peu abaissé, a un volume normal ; pour toute lésion, il existe, dans l'épaisseur de sa paroi antérieure, et faisant un relief assez prononcé à la surface, une tumeur fibreuse de la grosseur d'une châtaigne, dont le tissu examiné avec soin n'offrait pas la moindre trace de dégénérescence. — Si l'on pouvait douter de l'efficacité du traitement que nous préconisons pour combattre l'engorgement de l'utérus, et enrayer le développement des tumeurs fibreuses de cet organe, l'observation qui précède suffirait pour convaincre les plus incrédules. N'est-il pas évident, en effet, que c'est à ce traitement que nous devons d'avoir, pendant treize ans, maintenu stationnaire le corps fibreux que portait notre malade, et qu'elle eût pu conserver ainsi longtemps encore, l'état anatomique de l'utérus se trouvant dans les meilleures conditions, comme l'a prouvé l'autopsie ?

## CHIMIE ET PHARMACIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES PROCÉDÉS DE PRÉPARATION DES SIROPS  
DE SUCS ACIDES.

Les sirops de sucs acides sont des produits pharmaceutiques dont les procédés de préparation ne peuvent guère subir de modification, ainsi que le fait très-judicieusement remarquer, dans le *Journal de Chimie médicale*, M. Leroy, pharmacien à Bruxelles. Il n'en est pas de même quant aux proportions de suc et du sucre qui entrent dans leur composition.

Depuis longtemps ces proportions restent les mêmes; chaque traité de pharmacie, chaque pharmacopée qui voit le jour, les donnent dans le même rapport, sans que leurs auteurs aient recherché si elles ne pourraient subir de modification pour obtenir des produits meilleurs, soit sous le rapport du bouquet, soit pour les empêcher de changer d'état. M. Leroy s'est efforcé de remplir cette lacune, et nous sommes heureux de dire qu'il a rempli avec beaucoup de bonheur la tâche importante qu'il s'était imposée.

Deux procédés sont mis en pratique pour la préparation des sirops de sucs acides; le premier consiste à prendre parties égales en poids de fruits et de sucre grossièrement pulvérisé, que l'on met dans une bassine, qu'on chauffe et que l'on fait bouillir en remuant le mélange avec une écumoire jusqu'à ce que le sirop, mis bouillant dans une éprouvette, marque 30° à l'aréomètre de Baumé: alors on passe à travers un blanchet.

Ce procédé est surtout mis en pratique pour la préparation des sirops de framboises et de mûres. Les sirops ainsi préparés rappellent très-bien la saveur agréable et la bonne odeur du fruit. Remarquons toutefois, avec M. Leroy, que les pharmacopées belge et française prescrivent, et avec juste raison selon nous, de les préparer avec les sucs fermentés.

Le second procédé consiste à prendre du suc fermenté de fruits acides, soit nouvellement obtenu et filtré, soit conservé par le procédé d'Appert, dans les proportions suivantes: d'après la plupart des traités de pharmacie et la *Pharmacopée française*, 940 parties de sucre et 500 parties de suc acide, d'y fondre le sucre à une douce chaleur dans un matras de verre ou dans une bassine d'argent, puis passer; d'après la *Pharmacopée belge*, deux livres et demie de sucre et une livre de suc acide.

Comme on le voit, ces quantités sont à peu près dans les mêmes rapports, et ne diffèrent guère des proportions demandées pour la préparation du sirop simple ou sirop de sucre ; il n'y a qu'un dix-septième environ de sucre de moins, d'après la proportion des auteurs français, et un sixième de plus de sucre d'après la *Pharmacopée belge*.

Lorsque l'on fait pour la provision de toute ou d'une grande partie de l'année les sirops de sucre acides, soit ceux préparés avec parties égales de sucre et de fruit, comme les sirops de framboises et de mûres, ou bien ceux avec les sucres fermentés, et qu'on s'en tient surtout exactement aux proportions indiquées, on les voit assez fréquemment se prendre en masse cristalline, ou passer entièrement à l'état solide, après quelques mois de préparation.

La cause de ce changement d'état fâcheux est due, selon M. Leroy, et nous partageons entièrement son opinion, l'expérience nous en ayant prouvé toute la justesse, pour les sirops produits avec parties égales de sucre et de fruit, à la présence de la pectine, qui, retenant beaucoup d'eau, ne permet pas au sucre de raisin cristallisable qui se forme sous l'influence des acides organiques contenus dans les fruits acides, sur le sucre de canne, de rencontrer assez de véhicule pour s'y tenir en solution ; et pour les sirops produits avec les sucres fermentés, à la trop petite quantité de sucre acide prescrite pour les préparer.

En effet, continue M. Leroy, il est facile de se convaincre, d'après les proportions indiquées dans les pharmacopées belge, française, etc., que pour la préparation de ces sirops on n'a presque pas tenu compte d'abord de la densité des sucres acides, densité qui varie depuis 3° 1/2 Baumé jusqu'à 7°, ensuite de la modification que subit immédiatement le sucre de canne, en s'emparant d'une partie du véhicule à l'état d'eau sous l'influence des acides organiques qui contiennent les sucres ; puis-qu'au moment de leur préparation ils marquaient déjà 38 à 39° à l'aréomètre de Baumé, il est bien certain qu'à cette densité, si le sucre de canne ne se modifiait sous l'influence des acides organiques, et s'il ne perdait d'abord la faculté de cristalliser, l'on en verrait une partie, du jour au lendemain, se déposer sous forme de cristaux.

On n'a point réfléchi non plus qu'après leur préparation les sirops acides augmentent de densité, comme je m'en suis assuré par plusieurs observations, parce que les acides organiques continuent de réagir, transformant une partie du sucre de canne en sucre de raisin cristallisable, qui est bien moins soluble que le premier : il en résulte qu'en raison de la grande densité du sirop, ce sucre, à mesure qu'il prend naissance, ne rencontre pas assez de véhicule pour rester en solution, et se dépose à l'état solide.

Ce qui vient d'être rapporté de la production du sucre de raisin cristallisable dans les sirops acides longtemps après leur confection, prouve suffisamment que la réaction des acides organiques contenus dans les sucs acides sur le sucre de canne, se continue après la préparation de ces sirops.

Quoique le sucre de canne se modifie totalement sous l'influence des sucs acides, M. Leroy fait très-judicieusement observer qu'il n'y en a cependant qu'une petite partie qui passe à l'état de sucre de raisin cristallisable. Ce qui le prouve, c'est que 200 parties de sucre de canne se dissolvent en totalité dans 100 parties d'eau à la température ordinaire, et donnent un sirop marquant 35° à l'aréomètre de Baumé, tandis que la même quantité d'eau ne peut dissoudre qu'un peu plus de 63 parties de sucre de raisin cristallisable. Comme on le voit, il suffirait qu'un quart de sucre de canne passât à l'état de sucre de raisin cristallisable pour solidifier toute la masse. Ajoutons que lors de la transformation du sucre de canne en sucre de raisin cristallisable, une partie de l'eau du sirop entre en combinaison avec ce dernier, ce qui diminue encore la quantité du dissolvant.

Partant de là, M. Leroy a été amené, ainsi que nous l'avons été nous-même, à attribuer le dépôt de sucre de raisin cristallisable à la trop grande densité que les auteurs, jusqu'ici, ont donnée aux sirops de sucre acides. Il a, en conséquence, cherché si en modifiant les proportions de sucs et de sucre, on ne parviendrait pas à empêcher ce dépôt, tout en donnant à ces préparations assez de densité pour leur conservation, en empêchant la fermentation de s'y établir.

Les proportions qui lui ont le mieux réussi sont les suivantes : pour trois parties de sucre en pain bien blanc et bien sec, M. Leroy prend deux parties de suc acide nouvellement obtenu et filtré, et il recommande d'y faire fondre le sucre à une douce chaleur d'abord, puis il conseille d'élever la température suffisamment pour faire jeter quelques bouillons au sirop.

Suivant M. Leroy, la très-légère ébullition qu'il fait éprouver au sirop n'a point uniquement pour but d'aider à la complète dissolution du sucre, mais de faciliter la réaction des acides organiques sur le sucre de canne ; réaction qui s'opère en partie par le temps dans les sirops acides préparés à une douce chaleur seulement, et qui augmente la densité.

Ce dernier conseil avait déjà été donné, mais sans explication, par M. Germain, et nous avions eu l'occasion d'en vérifier la justesse; cependant il était loin d'avoir été érigé en principe, et l'un de nos pharmaciens les plus habiles, M. Sonbeiran, avait même dit que le fait lui paraissait avoir besoin d'être confirmé : à M. Leroy donc l'honneur de la confirmation.

« Les proportions que nous prenons, dit M. Leroy, et dont nous nous servons depuis plusieurs années, nous ont généralement donné des préparations marquant 35 à 36 degrés, et quelquefois plus, qui se conservent très-bien, et qui n'offrent point le désagrément de passer à l'état solide.

« Les sirops de sucs acides, continue ce pharmacien distingué, préparés avec les sucs fermentés nouvellement obtenus, dans les proportions que nous avons indiquées, sont en général des produits agréables, doués de bonne odeur et de la saveur du fruit, dernier avantage que n'ont point ceux préparés dans les proportions ordinaires, où un excès de sucre masque en partie la saveur qui leur est propre. Enfin, les sirops préparés en prenant deux parties de suc pour seulement trois parties de sucre, n'offrent point, comme ceux du *Codex*, le détestable inconvénient de se prendre en masse solide. »

On sait, il est vrai, que l'on peut obvier à ce dernier inconvénient en préparant, pour ainsi dire, au fur et à mesure des besoins, ces sirops avec les sucs conservés par le procédé d'Appert. Cet avantage en est un; mais, ainsi que le remarque l'auteur, il convient de dire que ces sirops ne présentent jamais la bonne saveur et le bouquet agréable des sirops préparés, soit avec les fruits soit avec les sucs fermentés nouvellement obtenus et filtrés; car on ne peut se refuser d'admettre que quoique les sucs se conservent bien par le procédé d'Appert, ils subissent néanmoins des modifications telles qu'ils ne présentent pas les mêmes qualités que lorsqu'ils sont nouvellement obtenus.

Les assertions qui précèdent étant en parfaite harmonie avec notre propre expérience, nous nous croyons autorisé à donner notre assentiment aux conclusions de l'habile pharmacien de Bruxelles.

« Nous pensons donc, dit M. Leroy en terminant son intéressant travail, que les sirops de sucs acides suivants doivent être préparés avec les sucs nouvellement obtenus et filtrés, dans les proportions de trois parties de sucre, ou un kilogramme et demi, et deux parties de sucs acides, ou un litre.

« Ces sirops sont ceux de herberis, de cerises, de coings, de framboises, de grenades, de groseilles, de limons, de mûres, de myrtille, de nerprun, d'oranges, de pommes, de vinaigre simple et framboisé. »

Qu'il me soit toutefois permis de faire remarquer que M. Leroy a eu tort de comprendre dans sa liste le sirop de nerprun. On sait que ce sirop se prépare avec parties égales de suc dépuré de nerprun et de sucre, le tout amené par l'évaporation à la consistance de sirop, ce qui constitue un médicament infiniment plus actif que celui préparé par la méthode de M. Leroy.

L. M.

NOUVELLE MODIFICATION AU PROCÉDÉ DE M. GAROT, POUR RECOUVRIR  
LES PILULES.

Depuis que M. Garot a eu l'heureuse idée de recouvrir les pilules avec de la gélatine en les trempant dans une solution aqueuse de cette substance, il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion de se louer de cette invention ; cependant, malgré son extrême simplicité, ce procédé offre quelques difficultés d'exécution. Ainsi, suivant M. Vée, si la masse pilulaire est molle, si elle contient des huiles ou des oléo-résines, comme le copahu par exemple, la gélatine, en se desséchant, se contracte sur elle-même avec une telle force qu'une partie de ce qu'elle contient est inévitablement exprimé au dehors. Pour parer à cet inconvénient, ce praticien distingué a proposé d'employer le mélange suivant, qui réussit, dit-il, parfaitement bien :

Prenez	Gélatine sèche . . . . .	1 partie.
	Pâte de jujubes . . . . .	7 parties.
	Eau . . . . .	quantité suffisante.

Faites dissoudre au bain-marie pour obtenir un mélange de consistance sirupeuse dans lequel les pilules seront trempées, fixées préalablement à la tête de longues aiguilles qu'on pique ensuite dans un coussin d'étoffe. Lorsqu'on a à faire des bols un peu gros et renfermant des huiles ou des résines liquides, il est nécessaire de pratiquer deux fois l'immersion à un quart d'heure de distance ; il faut aussi boucher l'ouverture qui reste, lorsqu'on a retiré l'aiguille, par une goutte du mélange gélatineux.

La dissolution gomme-gélatineuse conseillée par M. Vée, sèche, dit-il, presque aussi promptement que la gélatine pure, et elle prend beaucoup moins de retrait.

J'ai eu occasion d'employer un assez grand nombre de fois le mélange gélatino-sucré indiqué par M. Vée, et je dois dire que je n'en ai été que très-médiocrement satisfait. Les pilules sont longues à sécher, et le trou de l'épingle est bien plus difficile à obturer, le mélange ne pouvant supporter aussi aisément l'action du feu qu'une dissolution gélatineuse simple. M. Vée a eu également tort de ne pas indiquer au juste la proportion d'eau à employer. Enfin, pour dire toute ma pensée, la formule proposée par ce praticien habile m'a semblé défectueuse ; aussi ai-je fait quelques expériences pour en trouver une meilleure. Voici la formule à laquelle j'ai cru pouvoir m'arrêter :

Prenez	Gélatine sèche . . . . .	8 parties
	Sucre blanc . . . . .	2 —

Gomme arab. en poudre. . 1 —

Eau . . . . . 8 —

Faites dissoudre au bain-marie, et opérez ensuite comme il a été dit précédemment ; seulement il est inutile d'ajouter une goutte du mélange gélatineux, ainsi que l'indique M. Vée ; il suffit de chauffer un instant le bout de l'aiguille à l'aide d'une lampe à esprit-de-vin, et de la retirer en lui faisant éprouver un mouvement de rotation. Par ce moyen, le trou de l'aiguille s'obture et, la surface étant ramollie, il est aisé de lui donner le poli convenable en la pressant légèrement avec le bout du doigt indicateur.

Les pilules ainsi recouvertes sèchent en quelques heures, et très-rarement, pour ne pas dire jamais, on est obligé de réitérer l'immersion.

En un mot, la formule que je propose me semble offrir tous les avantages désirables.

MIALHE.

NOUVEAU MOYEN DE RECONNAÎTRE LA PRÉSENCE DE L'ACIDE SULFUREUX  
DANS LES PRODUITS DU COMMERCE.

La présence de l'acide sulfureux dans quelques produits employés soit en médecine, soit dans les arts, entraîne assez souvent des inconvénients assez graves pour qu'on ait intérêt à posséder des moyens faciles pour la reconnaître ou pour l'éviter.

Le procédé qu'on va lire est basé sur la décomposition mutuelle de l'acide sulfureux et de l'acide sulfhydrique ou hydrogène sulfuré. Ce sont MM. Fordos et A. Gelis qui le font connaître dans le *Journal de pharmacie*.

On introduit dans un petit flacon quelques fragments de zinc pur ; on ajoute ensuite la substance à examiner. Si c'est un acide capable de fournir de l'hydrogène avec le zinc, il suffit de recueillir le gaz qui se dégage dans une dissolution de sous-acétate de plomb (extrait de saturne). Si la substance n'est pas acide, on la mêle d'abord avec de l'acide sulfurique étendu de quatre ou cinq fois son volume d'eau ; puis on verse le mélange dans la fiole, et on recueille le gaz de la même manière dans une dissolution plombique.

L'appareil le plus simple suffit pour cela : un petit col droit et un tube recourbé. Si la matière contient de l'acide sulfureux, il se forme de l'acide sulfhydrique, et dès lors du sulfure de plomb. Ce corps est tellement insoluble dans l'extrait de saturne que la plus faible trace suffit pour le colorer. Ce procédé, que nous avons eu occasion de répéter, est

d'une sensibilité sans égale et laisse bien loin derrière lui tous ceux proposés jusqu'ici.

---

#### UN MOT SUR LA PRÉPARATION DU CALOMEL ANGLAIS.

Nous avons fait connaître l'ingénieux procédé de M. Soubeiran pour la préparation du calomel dit *calomel à la vapeur* ou *anglais*. Voici maintenant la description du procédé anglais lui-même, donnée par M. Calvert dans le *Journal de Pharmacie*. Le lecteur se convaincra sans peine que l'idée fondamentale de l'un et de l'autre est semblable. L'appareil employé en Angleterre consiste en un cylindre de fer de 75 centimètres de longueur sur 30 centimètres de diamètre, fermé à l'une de ses extrémités par une porte semblable à celle dont sont munis ceux qui servent à préparer l'acide hydrochlorique. C'est par cette ouverture que l'on introduit les matières propres à faire le calomel. L'autre extrémité du cylindre a une espèce de col ou rétrécissement qui a 15 centimètres de long sur 15 centimètres de diamètre. La grande largeur du col a pour but d'éviter son obstruction par la condensation des vapeurs du calomel. Le rétrécissement du cylindre pénètre à fleur de la paroi d'une chambre formée d'une rangée de briques posées à plat, et dont la surface intérieure est garnie de dalles calcaires offrant une certaine tenacité et une surface plus ou moins lisse. Cette chambre présente 2<sup>m</sup>,06 de hauteur sur 1<sup>m</sup>,33 de largeur; le sol est légèrement incliné, et sur une de ses parois latérales se trouve une porte qui sert à retirer le produit fabriqué; enfin le cylindre est posé dans le centre du fourneau, de manière à se trouver, ainsi qu'une partie du rétrécissement, entièrement enveloppé par la flamme. On introduit dans le cylindre du mercure doux auquel on a ajouté un peu de sublimé corrosif destiné à ééder du chlore au mercure qui pourrait provenir d'une réduction partielle du protochlorure de mercure. Mais, dit M. Calvert, on a trouvé que l'on parvenait à empêcher presque entièrement cette altération, si au lieu d'employer du mercure doux on avait recours aux substances qui servent à le produire directement, mélangées en proportions convenables; le calomel obtenu est alors si pur, que l'on peut se borner à lui faire subir un seul lavage.

Cette dernière assertion nous paraît un peu hasardée; quelque faible que soit la proportion de bi-chlorure contenu dans le calomel, un seul lavage est certainement insuffisant pour l'en dépouiller chimiquement, comme cela doit être.

---



## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'HYSTÉRIE TRAITÉE ET GUÉRIE  
PAR LE SULFATE DE QUININE.

Si l'observation qu'on va lire ne présente rien de nouveau sous le point de vue pathologique, elle me paraît digne à plus d'un titre de fixer l'attention sous le point de vue thérapeutique. — J'ai, le premier, je crois, employé le sulfate de quinine contre les accès hystériques; mais ce que j'ai fait le premier dans l'espèce, d'autres l'avaient fait avant moi dans le genre; la méthode existait, je n'ai fait que l'appliquer et l'étendre à une affection contre laquelle elle n'avait pas encore été mise en usage; et comme il faut rendre à chacun ce qui lui appartient, je me fais un devoir et un plaisir de dire que j'ai été porté à avoir recours, dans ce cas, au sulfate de quinine, par un travail de mon honorable collègue M. Mélier, travail dont je ne connaissais du reste que le titre; mais ce titre, *des Affections intermittentes à courtes périodes*, est si bien choisi, qu'il semble résumer en quelque sorte le Mémoire tout entier, et vient me fortifier dans une opinion qui paraîtra peut-être paradoxale; mais comme chaque jour l'expérience la confirme, j'ose la formuler en proposition, et je dis qu'en médecine pratique une détermination nette, précise et bien tranchée des symptômes de chaque lésion, une dénomination juste et caractéristique des affections générales ou locales, sont souvent plus utiles que de longues dissertations. — J'arrive à mon observation.

Madame B... (rue de Crussol, 12), constitution replete et sanguine, âgée de trente et un ans, mariée depuis douze, ayant eu deux enfants, n'avait jamais eu d'attaques d'hystérie; et lorsque vers les derniers jours de 1842 je fus appelé près d'elle, il ne s'agissait pas encore de cette affection; cette dame avait un dévoiement assez intense depuis environ quinze jours; et venait d'être, selon son habitude, abondamment et régulièrement réglée. La première attaque d'hystérie a eu lieu dans la nuit du 28 au 29 décembre 1842.

Le nombre des attaques a été régulièrement de trois pendant la nuit, et a varié de deux à trois pendant le jour; les attaques nocturnes étaient généralement plus intenses et plus longues que les attaques diurnes. Les attaques de jour duraient environ deux heures, et avaient lieu, la première de huit à dix heures du matin, la seconde de une à trois heures de relevée, la troisième de cinq à sept heures. Les attaques de nuit commençaient de neuf à dix heures, et n'étaient séparées entre elles que par de courts intervalles; la dernière était la plus longue; variant dans son début de trois à cinq heures du matin, elle se prolongeait de sept à neuf heures de la matinée.

Tous les accidents se sont concentrés dans l'hypogastre; la boule hystérique a été très-peu prononcée; le phénomène principal consistait en une espèce de turgescence de l'utérus, avec contractions abdominales, et violents efforts d'expulsion; en un mot, l'utérus semblait être l'organe sur lequel se concentrait une excitation périodique. Il n'y a, du reste, jamais eu écoulement ni émission de liquides ou mucosités par les voies génitales; pendant l'accès, l'utérus formait une tumeur globuleuse du volume du poing, que je sentais parfaitement sous les parois abdominales.

Un instant j'eus la pensée qu'il y avait peut-être quelque tumeur libreuse développée dans l'utérus ou dans l'épaisseur de ses parois; mais le peu de volume que présentait l'utérus après les moments de crise, et la régularité périodique des attaques, ne me permirent pas de m'arrêter à cette idée; je crus néanmoins devoir pratiquer le toucher, et trouvai l'utérus plus volumineux qu'à l'état normal, le col tuméfié et très-chaud; il n'y avait cependant pas *métrite*; hors le moment des accès, pas de fièvre; le ventre, qui sans être ballonné cependant, ne pouvait pendant l'accès supporter le contact du drap de lit, était à peu près insensible à la pression, dès qu'une fois la contraction était passée, et la rémittence établie: tout cela considéré, je pensai que j'avais affaire à des attaques d'hystérie, et une fois mon diagnostic établi, j'agis en conséquence.

Eu égard à la chaleur et à la tuméfaction du col utérin, je prescrivis d'abord dix-huit sangsues au bas-ventre; cataplasmes émollients, bains émollients, liniment avec huile, laudanum, extrait de belladone; et à l'intérieur, infusion de tilleul avec sirop de fleurs d'oranger, potion antispasmodique ayant pour principe actif les extraits d'opium et de belladone, et matin et soir, un demi-lavement avec 2 grammes d'assa-fœtida dissous au jaune d'œuf. Ce traitement continué pendant deux jours, sauf les sangsues, n'amena aucun changement.

Vainement j'assurais les parents qu'il n'y avait pas de danger; l'agitation, les cris de la malade; ses efforts douloureux d'expulsion pendant les accès, répandaient la consternation dans la famille, et je craignais que la répétition de ces accès ne lînt par déterminer sur quelque organe une affection sympathique, dont j'aurais semblé avoir méconnu d'abord l'existence. Vivement préoccupé pour elle et pour moi de l'état de ma malade, et voyant bien que le traitement habituel, que j'appellerai *classique*, était insuffisant et devait être abandonné, je me souvins que M. Duparcque, mon honorable collègue de la Société de médecine de Paris, agissant lui-même d'après les idées de M. Mélier, avait administré avec succès le sulfate de quinine dans des affections nerveuses intermittentes, à courte période. Bien persuadé que si dans le cas que j'avais à traiter il n'y avait pas identité de siège dans la lésion avec celles traitées par M. Duparcque, il y avait assurément identité de nature et de type dans l'affection, je résolus d'avoir recours à la même médication, et le fis avec pleine confiance. Mon attente ne fut pas trompée.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1813, je prescrivis 1 gram. 20 centigr. de sulfate de quinine dissous dans 30 gr. d'eau de gomme, pour deux tiers de lavement, divisés et donnés en deux fois, entre le premier accès du soir et le second, c'est-à-dire à quatre heures environ d'intervalle. Il y eut fort peu d'amélioration la première nuit; je répétai la même prescription le lendemain matin, et déjà dans l'après-midi les accès furent moins intenses, moins longs, et moins rapprochés par conséquent. Pendant deux jours encore, le 3 et le 4,

le sulfate de quinine est continué, mais je modifie le mode d'administration des lavements et la dose du sel; on en donne toutes les quatre ou cinq ou six heures, selon la périodicité des accès, 30 centigr. pour un verre d'eau (eu lavement.)

Depuis le 3, les accès ont cessé, les nuits sont bonnes, et cependant les journées sont pénibles. Il y a inappétence complète. Le jeudi 5, je fais cesser l'usage du sel de quinine, et fais continuer le bain du matin. Les journées du 5 et du 6 furent assez bonnes; mais dans la nuit du 6 au 7 les douleurs abdominales se réveillèrent avec une nouvelle intensité; le mari alarmé accourt chez moi; madame B... ne peut supporter ni les cataplasmes, ni le bain qu'on a essayé de faire prendre à plusieurs reprises; je fais revénir à la potion antispasmodique prescrite dès le premier jour, la journée fut très-mauvaise; vers le soir on m'adjoint en consultation M. le docteur Dufour, médecin d'une parente de ma malade.

Mon confrère adopta tout de suite mon opinion sur le diagnostic de la maladie; je proposai de reprendre l'usage des lavements de quinine, et la malade les demandait avec d'autant plus d'instance, qu'elle en éprouvait, disait-elle, du soulagement quelques minutes après leur administration; mais M. Dufour fut d'avis qu'on en revint à l'assa-fœtida, et la malade reçut, en deux fois, à quelques heures d'intervalle, un lavement contenant 2 gram. d'assa-fœtida dans une infusion de valériane; elle prit de plus, deux pilules matin et soir, composées de 10 centigr. d'extrait de valériane, de 5 centigr. de musc et de 5 centigr. de sulfate de quinine. La nuit du 7 au 8 fut encore mauvaise, les accès ne furent nullement influencés par les lavements de valériane et d'assa-fœtida; aussi le lendemain la malade me demanda-t-elle de nouveau les lavements de quinine, qui furent repris comme le premier jour d'abord, et ne tardèrent pas à montrer leur efficacité; car dès l'administration du premier, l'accès suivant fut amendé, et le second fit complètement manquer l'accès qui devait le suivre. La nuit du 8 au 9 fut assez bonne; les lavements quininés furent encore continués le 9; mais au lieu d'être donnée en deux fois, la dose de sel précédente (1 gr. 20 centigr.) fut divisée en quatre, et on en donna seulement deux doses par jour le 9 et le 10; dès ce jour, tout traitement actif cessa.

Les accès hystériques, qui s'étaient rencontrés après la cessation du sel de quinine, cédèrent très-promptement, comme on le voit, à la reprise du médicament, puisque, dès le 9, il n'y en eut plus. Cette particularité a été aussi observée dans les rhumatismes articulaires aigus traités par le sulfate de quinine: la douleur revient si on suspend trop tôt le sel, et cède promptement à sa reprise. — Depuis le 10 janvier jusqu'à ce jour, 12 mars, M<sup>me</sup> B.... n'a éprouvé aucun symptôme hystérique.

A. GERY, D. M. P.

NOTE SUR LA TRANSFORMATION DE L'ÉTHER EN ALDEHYDE,  
ET SUR L'EMPLOI DE SA VAPEUR EN MÉDECINE.

Depuis bientôt sept ans que je me livre à l'étude de l'état sphéroïdal de la matière, j'ai fait un certain nombre d'observations qui m'ont paru

offrir de l'intérêt sous plusieurs rapports. Je les ferai connaître successivement au monde médical par la voie des journaux spéciaux.

Mais avant que de commencer, disons un mot, un seul mot, sur l'état *sphéroïdal* des corps. Et d'abord, qu'est-ce que l'état sphéroïdal? C'est un état particulier de la matière, son état primitif, selon nous, sous lequel elle possède des propriétés toutes différentes de celles qui la caractérisent sous les trois autres états.

Du reste, je me fais un devoir de le dire, l'état sphéroïdal n'a point encore ce que j'appellerai le droit de cité scientifique, et j'aurais tort de m'en plaindre, car les hommes ne se passionnent ordinairement que pour l'absurde, et l'erreur seule a le privilège d'être admise sans contestation, et pour ainsi dire sans examen. C'est l'histoire de tous les temps, de tous les faits; je pourrais dire : c'est l'histoire de l'esprit humain.

Il n'entre pas dans mon plan d'appeler aujourd'hui l'attention des lecteurs sur le foud même de la question; je ne les entretiendrai que d'un fait, que d'une métamorphose qui me paraît très-digne d'intérêt. Il s'agit de la transformation de l'éther en aldehyd à l'air libre. C'est un phénomène fort curieux au point de vue chimique, et qui n'est peut-être pas sans importance sous le rapport médical.

Lorsqu'on verse de l'éther dans un creuset de métal, ou de toute autre matière non poreuse, et qu'on le soumet à l'action de la chaleur d'une lampe à esprit-de-vin, l'éther bout et s'évapore presque immédiatement, sans perdre aucune de ses propriétés; si l'on condensait la vapeur dans un récipient, ce serait l'opération si connue de la distillation de l'éther.

Mais si l'on fait chauffer le creuset préalablement, des phénomènes tout nouveaux et tout à fait imprévus se manifestent. L'éther, en tombant dans le creuset, prend la forme arrondie, passe à l'état *sphéroïdal*; sous cet état, il ne mouille pas et ne touche pas le creuset, sa température est constamment inférieure à celle de son ébullition, et la vapeur que le sphéroïde fournit est constamment en équilibre de température avec les parois du creuset, c'est-à-dire que l'équilibre de chaleur, qui est fondamental dans toutes les théories de la chaleur, ne s'établit pas dans cette circonstance remarquable. La vapeur d'éther brûle avec flamme, mais cette flamme est si rare et si transparente, qu'elle ne peut être aperçue que dans un lieu fort obscur.

Lorsque l'ensemble de ces phénomènes se produit, il se dégage du creuset une substance d'une odeur vive et pénétrante, qui irrite fortement la muqueuse nasale et la conjonctive. Cette substance n'est que de l'aldehyd, ainsi que je l'ai reconnu maintes fois.

Comment s'opère cette métamorphose curieuse et peut-être unique

dans son genre? Le voici : l'éther ou oxyde d'éthyle est formé de  $C^4 H^{10} O$ , ou 4 atomes de carbone, 10 atomes d'hydrogène, et un atome d'oxygène, et l'aldehyd est formé des mêmes éléments, seulement il contient 4 atomes d'hydrogène de moins. Or, pour que l'éther se transforme en aldehyd, il ne faut que lui enlever 4 atomes d'hydrogène, et c'est en effet ce qui a lieu dans l'expérience que je viens de rapporter. C'est une combustion qui a peut-être quelque analogie, fort éloignée, il est vrai, avec celle qui s'opère dans le poumon des animaux par la respiration. Dans les animaux, l'oxygène se porte sur le carbone, et la température normale ne dépasse généralement pas 40 degrés; dans le creuset, l'oxygène se porte uniquement sur l'hydrogène, et la température ne peut pas être au-dessous de 74 degrés; mais il ne m'a pas encore été possible de déterminer le maximum de son élévation. Je sais seulement que ce maximum est inférieur à la température à laquelle l'éther s'enflamme.

Un rapport moins éloigné existe peut-être entre la métamorphose de l'éther que je viens de signaler, et le phénomène aussi curieux que redoutable connu sous le nom de *combustion humaine spontanée*.

En effet, pendant la vie, il s'opère constamment au sein du poumon une combustion de charbon aussi nécessaire à l'existence des animaux que les aliments dont ils se nourrissent. Ne pourrait-il pas arriver, dans certains cas, inconnus dans leur essence, que l'oxygène de l'air, au lieu de brûler le carbone, se portât sur l'hydrogène, ou simultanément sur ces deux éléments des tissus des animaux? Alors serait expliqué le phénomène encore si obscur des combustions spontanées; alors on comprendrait la formation d'une flamme peu vive et bleuâtre qui environne les parties du corps humain en combustion; on comprendrait encore comment l'eau, au lieu d'éteindre cet incendie d'une nature toute particulière, ne fait, d'après M. le professeur Breschet, que lui donner plus d'activité. Mais ce sont là de hautes questions de physiologie et de pathologie qui demandent de longues et laborieuses études, et leur solution présente d'autant plus de difficultés que les combustions humaines spontanées sont heureusement fort rares.

Mais l'opinion que j'émetts sur cette terrible maladie me paraît d'autant plus probable, que l'alcool traité comme l'éther se transforme également en aldehyd, et que généralement ce sont les buveurs d'eau-de-vie qui présentent le phénomène des combustions spontanées. Je reviens à l'éther.

Dans quelques circonstances fort rares, et qui me sont encore inconnues, on voit, à la fin de l'expérience, dans le fond du creuset, un phénomène de lumière très-éclatant, qui rappelle la combustion du charbon

par l'oxygène ou les chlorates, etc. Mais ce phénomène brillant ne se produit que rarement, et, je le répète, j'ignore quelles sont les circonstances qui favorisent sa production.

Voici maintenant ce que j'ai éprouvé de l'action de l'aldehyd, et c'est ici que j'appelle toute l'attention des praticiens.

Lorsque je me livrais à l'étude de ces beaux phénomènes, et que je restais enveloppé dans une atmosphère contenant beaucoup d'aldehyd, j'éprouvais un bien-être tout particulier, qui ne ressemblait en rien à l'excitation produite par l'usage d'un bon vin pris en quantité modérée; il me semblait que j'avais plus de lucidité dans les idées, plus de souplesse dans les membres; j'avais surtout une vigueur de muscles qui me reportait involontairement aux plus belles années de ma jeunesse, ce dont je n'éprouvais aucun regret, on peut bien le croire.

Telle est, en peu de mots, l'action de l'aldehyd sur l'économie animale. Ne serait-il pas utile de tenter quelques expériences sur son emploi en vapeur, contre certaines maladies chroniques des voies aériennes? Quand il ne servirait qu'à procurer quelques heures de bonheur à de malheureux malades, cela vaudrait bien la peine d'en faire l'essai. Il y a là une question d'humanité; la poser à des médecins, c'est la poser avec la certitude de la voir promptement résolue.

BOUTIGNY (d'Évreux),

(Corresp. de l'Acad. de Méd.).

Paris, 12 mars 1843.

OBSERVATION D'OTITE CHRONIQUE INTERNE AVEC ACCIDENTS CÉRÉBRAUX,  
GUÉRIE PAR DES INJECTIONS D'EAU MINÉRALE PAR LA TROMPE D'EUS-  
TACHE.

M. S....., d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution forte et robuste, éprouva, il y a plusieurs années, des étourdissements accompagnés d'un bourdonnement sourd dans l'oreille droite, et qui, après avoir suivi une certaine progression, amenaient une crise de violents vomissements après lesquels il se trouvait soulagé. Ces crises se renouvelaient d'abord tous les quatre ou cinq mois; bientôt elles reparurent tous les deux mois.

En 1838, M. S..... changea subitement de manière de vivre : à l'exercice continuél de la chasse, aux courses nécessitées par la surveillance des travaux de la campagne, à une vie très-active enfin, succéda tout à coup une vie sédentaire, et de plus, appliquée à un travail de bureau qui durait toute la journée. Dès lors, le bourdonnement de l'oreille droite se fit sentir d'une manière continuelle et de plus en plus

violente. Dans le courant de l'année 1839, il s'accompagna d'un battement régulier, isochrone aux pulsations du cœur, et semblable, dit le malade, au bruit d'un marteau sur une enclume. Dans les moments de paroxysme, la tête et le corps se couvraient de sueur; le malade se sentait suffoquer, cherchait à élargir sa cravate; les étourdissements augmentaient; la tête devenait lourde, les battements violents, et son caractère tellement irascible, que la moindre contradiction suffisait pour le mettre en colère.

Ce ne fut qu'à la fin de 1840, que M. S.... fit appeler un médecin qui diagnostiqua une gastro-duodénite avec symptômes cérébraux, et lui fit subir un traitement approprié, c'est-à-dire, saignée du bras, application de sangsues sur la région duodénale, d'eau froide sur la tête; purgatifs, bains de pieds très-chauds, etc., etc. M. S.... prit aussi une trentaine de bains de vapeur, dont les premiers lui procurèrent quelque soulagement, mais dont les derniers ne produisirent aucun effet notable. Au mois de juillet 1841, il prit des bains de mer sans aucun bon résultat.

Enfin, au mois de novembre de cette même année, les symptômes reparurent avec plus de violence, et c'est alors que je fus appelé. M. S.... éprouvait une faiblesse et des étourdissements qui lui faisaient perdre l'équilibre; il tombait sans connaissance; la face, pendant les accès, était habituellement pâle, quelquefois rouge; mais toujours il y avait tendance à dégager le cou du côté droit seulement; du reste, surdité complète de l'oreille droite, bourdonnement fort et continu, battements violents. J'examinai l'oreille externe avec un stylet et à l'aide d'un spéculum: je n'y trouvai aucune altération pathologique; la membrane du tympan était intacte. Du reste, aucun écoulement, aucun symptôme extérieur ne s'était jamais montré sur ce point. Enfin, sachant qu'une foule de surdités et d'affections ont pour cause une inflammation chronique du pharynx qui gagne de proche en proche la trompe d'Eustache, et finit, en engorgeant la muqueuse, par l'obstruer plus ou moins complètement, j'examinai la gorge, et j'y trouvai en effet l'origine de la maladie. Toute la moitié droite de l'isthme du gosier offrait une couleur rouge lie de vin; de plus, l'amygdale était hypertrophiée, aplatie latéralement, et se prolongeait assez profondément dans la cavité pharyngienne. Dès ce moment, je ne doutai plus que ce ne fût là l'origine de l'affection de l'oreille interne, et que celle-ci ne fût, à son tour, le point de départ des accidents cérébraux. Mais y avait-il altération de l'os se propageant jusqu'à la substance cérébrale, ou bien anévrysme de quelque point de la carotide interne, comme la violence des battements pouvait le faire supposer?... Ne

pouvait-il pas y avoir l'une et l'autre à la fois? Cette incertitude et la gravité des accidents nerveux que je craignis d'augmenter par une opération et ses suites, m'empêchèrent de pratiquer de prime abord l'ablation de l'amygdale. Je crus prudent de commencer par modifier l'inflammation chronique de la gorge et de la trompe d'Eustache, et d'essayer en même temps de calmer le système nerveux qui était dans un état d'irritabilité extrême. Dans ce double but, je prescrivis des gargarismes avec le sulfate d'alumine et de potasse, des pilules de jusquiame et de belladone, et le cyanure de potassium en potion; pédihves irritants, purgatifs répétés toutes les semaines, etc., etc. Les accidents nerveux se calmèrent en peu de temps; la tête devint plus libre et plus dégagée; le sentiment d'un poids incommode du côté droit de la tête, quoique persistant toujours, devint moindre, et, sous l'influence du sulfate d'alumine dont la dose fut portée à 6 grammes, le volume de l'amygdale diminua, et la gorge prit un meilleur aspect. Cependant le bourdonnement de l'oreille et les battements continuaient toujours; l'ouïe ne revenait pas, et le malade, quoique un peu soulagé, conservait toutes ses inquiétudes.

Le 15 décembre, j'appliquai un séton à la nuque, et je me décidai à attaquer le mal dans son foyer, en portant des injections dans l'oreille interne par la trompe d'Eustache. Je les fis d'abord avec de l'eau tiède simple; au mois de janvier, j'employai l'eau de Barèges que je remplaçai un mois plus tard par l'eau de Balarne. De toute façon, s'il y avait altération profonde, je pouvais espérer de modifier l'état des tissus d'une manière heureuse; et s'il n'y avait qu'engorgement de la trompe d'Eustache et catarrhe de l'oreille interne, je pouvais obtenir une guérison que tant d'observations publiées par Douglas, Wathen, Itard, Royer, Saissy, M. Deleau, etc., etc., me donnaient droit d'espérer. Je fis confectionner une sonde à peu près semblable à celles de Sabattier et de Royer, c'est-à-dire ayant quatre pouces et demi de long et une ligne de diamètre, et recourbée en arc de cercle à son extrémité sur un rayon de six lignes; l'autre extrémité de l'instrument porte deux petits pavillons destinés à en faire connaître la situation quand il est caché dans la narine. C'est, comme on le voit, de la méthode de Royer, ou plutôt de Cléland, que je me servis.—Le malade, assis sur une chaise, la tête légèrement renversée et inclinée à gauche, j'introduisis la sonde horizontalement dans la narine droite; je la fis glisser doucement sur le plancher de la fosse nasale, la convexité regardant en haut et en dedans, la concavité en bas et en dehors. Arrivé au-dessus du voile du palais, je relevai le bec en haut et en dehors par un mouvement de rotation imprimé à la tige, et, par une douce pression, j'engageai l'extrémité de



l'instrument dans le conduit d'Eustache, ce que je jugeai à son immobilité et à une sensation particulière que le malade éprouva dans l'oreille interne. Les premières injections furent faites avec de l'eau tiède simple; car dans l'état où se trouvait le système nerveux, je craignis les accidents dont parle Royer. Mais le 2 janvier, j'employai l'eau de Barèges, et un mois plus tard, l'eau de Balaruc. — Dès les premières injections d'eau minérale, le bourdonnement et le battement diminuèrent d'une manière sensible. Le séton était en pleine suppuration; le malade faisait toujours usage des gargarismes alumineux, des pilules anti-céphaliques et de purgatifs répétés tous les huit jours. — A la fin du mois d'avril, l'ouïe était revenue à peu près complètement, le bourdonnement avait disparu, la tête était libre et débarrassée de ce sentiment de pesanteur qui avait tant incommodé M. S.... Craignant le retour des accidents dont il était délivré, il me demanda avec instances, comme il le faisait depuis longtemps, de le débarrasser de son amygdale hypertrophiée, ce que je fis le 2 mai. La portion que j'enlevai me prouva encore que l'affection de la gorge était ancienne, car le tissu de l'amygdale était blafard et lardacé.

*Réflexions.* On sait de quelles difficultés est entouré le diagnostic de l'otite interne. Celle-ci surtout a commencé sans de graves accidents locaux, et les premiers symptômes qu'elle a montrés ont pu, comme cela arrive souvent, détourner de l'organe affecté l'attention du malade et du médecin, et la porter sur un organe étranger à la maladie. Ainsi les vomissements ont été attribués à une gastro-duodénite, et traités comme tels. Cependant, en me rappelant la manière subite dont ils se produisaient sans être précédés d'aucun symptôme de maladie des voies intestinales, et le soulagement marqué que le malade éprouvait aussitôt qu'ils étaient passés, je fus porté à penser qu'ils devaient être attribués à un écoulement de pus dans le pharynx, à travers la trompe d'Eustache. M. Lallemand, en établissant combien cet écoulement est difficile à reconnaître, rapporte un cas dans lequel les vomissements furent attribués à un embarras gastrique. Ce ne fut qu'à l'autopsie qu'on vit la suppuration de la caisse.

Cette marche du pus est, comme on sait, assez rare, et M. Lallemand n'en cite que deux cas. Elle a lieu le plus souvent à travers la membrane du tympan qui se perfore, et quelquefois on voit coïncider ces deux modes d'évacuation. Itard croit même qu'il en est toujours ainsi, et il n'a jamais rencontré la sortie du pus par la trompe, sans qu'il y eût également un écoulement par le canal auditif externe. Sous ce rapport, l'observation que je rapporte a de l'intérêt, puisqu'elle constate un cas de pus d'écoulement unique dans la gorge.

Plus tard, le pus cessa de suivre la même route, et les accidents cérébraux se montrèrent. Les méninges et le cerveau devinrent le siège d'une inflammation résultant du voisinage de la phlogose auriculaire, et née par une sorte de fluxion, de déplacement du travail inflammatoire. Cette explication, conforme aux idées et aux conclusions de M. Lallemand dans sa quatrième lettre sur les maladies de l'encéphale, me paraît la plus probable.

Les injections d'eau minérale, employées concurremment avec les révulsifs internes et externes, modifièrent heureusement l'état des parties affectées. Dans le commencement, elles ramenèrent un léger écoulement par le conduit d'Eustache, car le malade, pendant la journée où elles avaient lieu, sentait une matière aère et désagréable tomber dans son arrière-bouche. — Peu à peu tous les symptômes disparurent, ainsi que je l'ai dit, et M. S..... put reprendre ses occupations habituelles. Je ne me dissimule pourtant pas qu'une affection aussi grave exige un long traitement et de grandes précautions que le changement de garnison de mon régiment m'a empêché de continuer, et je regrette d'avoir été obligé de quitter mon malade.

LA RIVIÈRE, D. M.,  
Aide-major au 6<sup>me</sup> de hussards.

---

#### BIBLIOGRAPHIE.

---

*Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, par le docteur CIVIALE. — *Troisième et dernière partie : Maladies du corps de la vessie*. — 1 vol. in-8°, Paris, 1842.

Ce volume termine et complète l'importante publication que M. Civiale avait entreprise sur les maladies des organes génito-urinaires. En huit chapitres, l'auteur a successivement étudié les fungus, le cancer, les tumeurs de la vessie, la rétention et l'incontinence d'urine, l'hématurie, et enfin le catarrhe vésical. Sur tous ces sujets, il a répandu des lumières acquises par une vaste expérience et un esprit d'observation pratique sagace et persévérant. Le caractère des ouvrages de M. Civiale, et de ce dernier volume en particulier, c'est la réserve complète à l'égard de toute polémique inutile, et une prédilection marquée pour tout ce qui est d'application, pour tout ce qui peut aplanir au praticien les difficultés de l'art. Dans quelle partie en trouvera-t-il de plus sérieuses que dans les maladies étudiées dans ce volume par M. Civiale? Pour n'en

citer qu'une, et aussi pour donner par un exemple une idée du travail de l'auteur, nous ne parlerons que du catarrhe vésical, maladie si fréquente, et contre laquelle le praticien lutte si souvent en vain. Eh bien ! après avoir lu le chapitre étendu que M. Civiale lui a consacré, on sera convaincu que les difficultés de l'art à l'endroit de cette maladie proviennent du vague que les auteurs ont jeté sur sa description, de la confusion qu'ils ont établie sur ses causes et sur sa nature, de leur négligence à ne pas la rapporter à des causes tout à fait dissemblables, produisant cependant des phénomènes analogues, mais exigeant un traitement tout différent. M. Civiale a très-lucidement démontré que l'ensemble des phénomènes désigné sous le nom de catarrhe vésical constituait une maladie des plus complexes, et pouvait être produit soit par un état névralgique de l'urètre et du col de la vessie, soit par un rétrécissement organique ou par l'induration des parois de l'urètre; tantôt par des maladies de la prostate et du col de la vessie, tantôt par des tumeurs fongueuses de cet organe; ici par des calculs urinaires, là par excès ou défaut de contractilité des parois vésicales (hypertrophie ou paralysie de la vessie); enfin par des causes indirectes. C'est après avoir indiqué le traitement qui convient à chacun de ces cas, traitement qui diffère d'ailleurs selon les âges, selon les complications, selon l'état aigu ou chronique, c'est alors seulement que M. Civiale, revenant sur ses pas, ose formuler le traitement général du catarrhe vésical, c'est-à-dire passer en revue les divers moyens dont l'art dispose, antiphlogistiques, narcotiques, balsamiques, et résineux, etc., et les envisager sous leur point de vue d'application le plus étendu.

M. Civiale a suivi la même méthode dans l'étude et l'examen des autres maladies; nous signalerons principalement le chapitre consacré à l'hématurie, qui, comme le catarrhe vésical, reconnaît tant de causes diverses, causes qu'il importe tant de reconnaître et d'apprécier pour arriver au traitement rationnel.

Nous ne pouvons, dans ce trop court article, qu'indiquer le caractère général de cet ouvrage; car chacun des chapitres qui le composent est une monographie précieuse, dont les éléments, puisés à une des plus vastes pratiques qu'on puisse rencontrer, ne pouvaient être coordonnés et mis en œuvre que par M. Civiale. Peu d'hommes ont creusé un sillon plus large et plus profond dans le domaine de l'art, que l'honorable auteur de cet ouvrage; c'est une justice que les praticiens lui ont rendue depuis longtemps. Le volume qui est l'objet de cet article ne peut qu'ajouter à leur reconnaissance, car il ajoute aux services rendus.

*Archives de médecine comparée*, par P. RAYER, médecin de l'hôpital de la Charité, membre honoraire de l'hôpital de Guy de Londres, membre des Académies de médecine de Paris et de Madrid, etc.

L'œuvre immense qu'entreprend ici M. Rayer doit fixer au plus haut degré l'attention des médecins. Un assez grand nombre de naturalistes, de vétérinaires, de médecins même, rencontrant sur leur chemin, plutôt que recherchant systématiquement, les faits pathologiques offerts par les animaux, ont rapporté un certain nombre de ces faits, et ont cherché parfois à éclairer par eux la pathologie humaine; mais ce ne sont là que d'incomplètes données, des travaux tronqués, que nulle prévision n'a liés entre eux, n'a fécondés. Ce n'est pas que, parmi les médecins surtout, il ne s'en soit rencontré qui aient compris la portée d'une semblable étude; pour qui a sondé les bases de la science, et a quelque peu réfléchi à la loi de gradation qui régit les phénomènes dans toute la série des organismes vivants, il est évident qu'une véritable pathologie, qu'une pathologie complète, ne peut sortir que de la pathologie comparée. Non-seulement, comme le dit l'auteur, cette pathologie doit être la pierre de touche de toute théorie de la maladie basée sur une pathologie spéciale; la pathologie comparée peut prétendre à plus, elle peut conduire à l'établissement d'une véritable théorie pathologique, dont nous manquons encore. L'utilité d'une telle étude avait donc été comprise le jour où l'homme s'occupa systématiquement de la science des maladies, et c'est à l'appréciation de l'utilité de ce but que nous devons les observations partielles dont nous parlions tout à l'heure, et qui devront trouver leur place dans les *Archives de médecine comparée*. Mais l'immense étendue de la seule spécialité de la pathologie humaine, mais les exigences de l'art, qui rend presque impossible, pour la plupart d'entre nous, l'usage de la spéculation, sont deux obstacles, qui ont empêché les médecins de poursuivre des recherches, dont ils concevaient d'ailleurs toute l'importance. Un esprit aussi étendu que celui de M. Rayer devait, plus qu'aucun autre, comprendre l'immense utilité de ces recherches, faites systématiquement et sur une large échelle. L'originalité des travaux du médecin de la Charité, son infatigable activité, son esprit de suite, l'indépendance de son caractère, qui ne l'immobilise point dans l'ornière d'une idée lucrative, tout dans ce savant médecin nous est une garantie du succès de son honorable initiative.

« Entre les médecins voués exclusivement à l'étude de la médecine humaine, dit notre auteur, les vétérinaires, qui ne s'occupent que de la

médecine de quelques espèces domestiques, et les naturalistes, que leurs études amènent parfois à jeter les yeux sur les lésions de certains animaux, la pathologie comparée perd le point de vue éminent qui lui appartient : or, c'est à ce point de vue que je désire constamment placer le lecteur. La pathologie comparée est la pathologie générale, et je ne puis mieux en faire voir la portée, qu'en rappelant que la pathologie humaine n'est ici qu'un cas particulier.... En définitive, dit-il encore, ce recueil a pour destination immédiate l'étude des maladies dans la série animale; pour but lointain l'histoire universelle de ces maladies; pour point de vue constant, la comparaison et la généralité; et la spéculation pure pour caractère nécessaire. »

M. Rayer n'aborde point sans préparation un sujet d'un ordre si élevé; une connaissance profonde de la pathologie humaine, qui lui permet d'en sentir les lacunes comme d'en apprécier les données positives, ne l'eût point, dans sa pensée, suffisamment autorisé à entrer dans une si immense carrière; livré, depuis plusieurs années déjà, à de laborieuses recherches sur cet important sujet, c'est en s'appuyant sur les résultats de ces travaux, qu'il ose aborder un monde encore si peu exploré. C'est pour nous un devoir d'appeler l'attention du public médical sur une si laborieuse entreprise, et nous n'y manquerons pas. M. Rayer ne faisant que commencer son intéressante publication, nous nous bornerons pour aujourd'hui à indiquer les divers sujets dont il traite dans la première livraison des *Archives de médecine comparée*. Le premier sujet est relatif à l'anévrysme vermineux : ici l'auteur rectifie diverses erreurs qui, écrites par des hommes dont le nom fait ordinairement autorité dans la science, ont été répétées comme l'expression réelle des faits. Dans un second article, il s'agit d'un fait, qui trouvera tout d'abord de nombreux incrédules peut-être, c'est l'existence de vers dans le sang de certains animaux. Plus loin est rapporté un mémoire de M. G. Simon, de Berlin, dans lequel on établit l'existence d'acares vivants dans les follicules pileux de l'homme, soit en santé, soit en maladie. Enfin l'auteur, après avoir touché à des sujets d'une moindre étendue, termine son premier fascicule par de rapides considérations sur les maladies qui ont régné, pendant l'été dernier, sur l'homme et les animaux. Rien que cette simple esquisse suffira, nous l'espérons, pour faire comprendre toute la portée de la nouvelle publication de M. Rayer.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*Sur deux accouchements malgré l'existence d'un cancer déjà avancé du col de la matrice.* — Une affection cancéreuse de l'utérus doit compliquer, on le conçoit bien, d'une manière fâcheuse, et l'état de gestation, et l'accouchement, et les suites de cet accouchement. Les portions de l'organe altérées dans leur texture amèneront dans les autres parties une inflammation chronique qui contrariera le développement physiologique que la matrice doit éprouver pendant la grossesse. Il en résultera une réaction continuelle de ses parois contre le produit de la conception; cette réaction entretiendra chez la malade un état constant de souffrance, et déterminera souvent l'avortement, ou tout au moins l'accouchement prématuré. Cependant, il n'est pas très-rare de voir des femmes, atteintes de cancer utérin, arriver à terme, après avoir traversé péniblement toutes les phases de la grossesse. La clinique de M. Paul Dubois vient d'en fournir deux exemples dans la même semaine. Deux femmes affectées de cancer du col utérin ont accouché spontanément et à terme. L'une d'elles, couchée au n° 30, a présenté ceci de remarquable, c'est que du septième au huitième mois, époque de la grossesse à laquelle l'orifice interne s'entr'ouvre, elle fut prise d'une hémorrhagie, qui s'est renouvelée plusieurs fois jusqu'à l'accouchement. Cette hémorrhagie et la perception d'un corps mollassé et saignant que donnait le toucher, avaient fait croire à la sage-femme, qui avait vu cette femme avant son entrée à la clinique, que le placenta était inséré sur le col utérin. Ce corps mou et saignant n'était cependant que le carcinôme utérin déjà à un état avancé. Du reste, les pertes abondantes de cette femme ont entraîné la mort de l'enfant; lorsqu'il a été expulsé, il avait déjà subi cet état de décomposition auquel on a donné improprement le nom de putréfaction.

Il est rare qu'après l'accouchement dans ces circonstances pathologiques, l'inflammation de l'utérus ne passe pas à l'état sub-aigu, et n'entraîne pas des accidents graves. Ainsi, chez l'une des deux femmes, il s'est développé une métrite qui a entraîné une mort assez rapide. L'autre femme, couchée au n° 30, celle dont nous avons déjà parlé, a survécu; elle pourra même quitter bientôt l'hôpital; mais il est douteux qu'elle puisse résister longtemps aux progrès de la maladie, qui a déjà envahi chez elle tout le segment inférieur de l'utérus.

Mais il peut arriver qu'une dégénérescence du col utérin amène quelquefois des obstacles sérieux à l'accouchement. On en a observé des exemples à la clinique d'accouchements. Dans ce cas, on a dû procéder à la

dilatation du col utérin; et, lorsqu'elle n'a pas pu s'effectuer, il a fallu recourir au débridement de l'orifice. Cette opération a eu, dans ces cas, entre les mains de M. P. Dubois, un plein succès. — Des incisions sont pratiquées alors sur les deux côtés du col, avec un bistouri boutonné, courbe sur tranchant; il est important de faire ces incisions multiples, dans la crainte qu'une seule incision ne se prolonge trop au moment du passage de la tête, et ne compromette l'intégrité des parois du corps de l'utérus. On les fait aussi sur les côtés du col, afin que leur prolongement ne puisse s'étendre jusqu'à la vessie ou jusqu'au rectum.

*Squirrhe considérable occupant le lobe antérieur droit du cerveau et une partie du lobe antérieur gauche, et cela sans paralysie des membres, sans embarras de la parole, sans trouble de l'intelligence.* Le 25 février dernier, il est entré dans le service de M. Velpeau un vieillard âgé de soixante-six ans, d'une constitution débilitée, d'un tempérament bilieux-lymphatique, maigre, d'un teint jaune, se plaignant de faiblesse, de douleur dans les épaules et d'incontinence d'urine. Cet homme, ancien coiffeur, d'un caractère jovial, d'une physionomie goguenarde, beau parleur, raconte qu'il y a trois mois, après avoir satisfait à ses besoins dans un chaup, il lui fut impossible de se relever à cause d'une faiblesse dans les jarrets, et qu'il resta couché vingt et une heures sur le dos. Il ne tarda pas à éprouver dans les deux épaules des douleurs sur lesquelles il donne peu de détails. On lui fit une saignée générale, on lui appliqua des sinapismes aux jambes, et on lui fit faire des frictions grasses sur les épaules. Il dit en outre que depuis sept ou huit ans il est souvent obligé de rendre fréquemment l'urine, sept ou huit fois par nuit. Le 26, on constate que les mouvements des deux bras sont libres, ainsi que ceux des extrémités inférieures; aucune altération appréciable. Le cathétérisme fait reconnaître un rétrécissement dans la région prostatique de l'urètre, mais que l'on parvient à franchir aisément soit avec une sonde en gomme élastique, soit avec une algalie.

M. Velpeau ordonne l'application de 2 ventouses scarifiées entre les épaules. Le 27, on la répète, et le malade s'empresse de dire le lendemain que les douleurs ont disparu. Du reste, l'incontinence d'urine ne se manifeste point. Mais le vieillard étonne tous ses voisins par son excessive lubricité: il se livre publiquement et avec fureur à la masturbation, et on apprend qu'il s'y adonne habituellement depuis de longues années. Il pousse les choses au point qu'on est obligé, le 2 et le 3 mars, de lui mettre la camisole de force. Bientôt il tombe dans un état de marasme d'où il ne se relève plus, et au milieu duquel il succombe dans la soirée du 7 mars. A l'autopsie, chacun s'attendait, comme bien on pense, à ren-

contrer une lésion plus ou moins profonde du cervelet. Or, quel ne fut point notre étonnement de trouver d'abord le cervelet parfaitement sain, mais ensuite tout le lobe antérieur droit du cerveau occupé par une masse d'une dureté considérable, qui envahissait également une partie du lobe antérieur gauche ! En divisant la couche mince de substance cérébrale qui en recouvrait la surface, on mit à nu une tumeur du volume du poing, irrégulièrement ovoïde, offrant de nombreuses petites bosselures d'une couleur semblable à celle du cerveau. Cette tumeur s'étendait à droite et à gauche de la faux, vers l'extrémité antérieure, au bord libre de laquelle elle adhérait. À gauche, elle n'avait que le volume d'une grosse noix ; mais à droite, elle occupait presque tout l'emplacement du lobe antérieur. Emulée de sa coque de substance cérébrale et incisée, elle présente à la coupe tous les caractères du tissu squirrheux.

Mais ce n'est point tout : à la faux adhérait, également à droite, un petit os signé parallèlement à elle, en arrière de la tumeur ; il était mince, triangulaire, pointu à ses angles, ayant environ quinze millimètres de côté. Le reste du cerveau ne présente rien d'anormal. Mais cette autopsie devait fournir un dernier trait d'anomalie. Tous les viscères étaient à l'état normal, les poumons parfaitement sains, le foie également ; seulement la prostate hypertrophiée, était formée par un tissu blanchâtre, compacte, fibreux ; ses lobes ne s'emboîtaient pas ; rien à la vessie, rien à l'urètre.

En présence de ce fait, que devenaient tant de belles théories physiologiques ? Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans cette discussion ; cette observation parle d'ailleurs assez d'elle-même : instinct génital exagéré ; rien au cervelet, aucune paralysie des membres, aucun embarras de la parole, aucune faculté abolie, et destruction à peu près complète de l'un des lobes antérieurs du cerveau, l'autre à moitié détruit.

---

*Trombus énorme des grandes lèvres à la suite d'un accouchement naturel.* — Il est des accidents imprévus dans les accouchements, surtout sur la possibilité desquels il est important que les praticiens soient avisés, car leur règle de conduite et leur pronostic dépendent de leur instruction à cet égard. Nous appelons donc leur attention sur le fait suivant. Une femme, âgée de vingt-huit ans, ayant déjà eu d'autres enfants, est accouchée spontanément et à terme à la Clinique. Le travail a marché régulièrement, et a été terminé à neuf heures. L'enfant se présentait par le sommet, et en position occipito-iliaque gauche antérieure. Aucune circonstance de l'accouchement ne pouvait faire craindre aucun accident, lorsqu'au passage de la tête à travers le vagin, il s'est développé tout à coup un trombus énorme de la grande lèvre droite.



On a employé immédiatement tous les moyens propres à prévenir son accroissement, mais cela a été en vain. La tumeur sanguine a acquis un volume tel, que, mesurée trois heures après l'accouchement, elle présentait 13 centimètres de haut, 9 centimètres de large, et 12 centimètres dans son diamètre oblique. — Quelle est la conduite qu'a tenue M. P. Dubois dans ce cas ? il a ouvert la tumeur par une large incision, il a donné ainsi issue à une quantité de sang et de caillots assez considérable pour remplir un bassin ; puis il a pratiqué le tamponnement. La malade, que nous avons vue tout à l'heure, n'a pas été sensiblement affaiblie par cette hémorrhagie, et rien ne fait craindre pour elle aucune suite fâcheuse. Il est probable que cet accident tient à la rupture d'une des branches de la honteuse interne, l'artère vaginale sans doute, laquelle rupture a été déterminée par le froissement du tissu cellulaire sous-jacent. On s'explique très-bien comment une déchirure sous-muqueuse peut s'opérer sans que la muqueuse vaginale soit lésée, quand on réfléchit combien cette muqueuse et la peau qui recouvre les grandes lèvres sont extensibles.

---

*Métrorrhagie avec douleurs vives dans l'hypogastre, guérie par l'application de sinapismes sur les lombes.* — Le sujet de cette observation est une jeune fille de vingt-deux ans, couturière, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, entrée le 3 février 1843 à la clinique chirurgicale de la Charité pour des pertes utérines abondantes avec douleurs vives dans le bassin. L'affection datait de quatre mois : la malade ne pouvait ou ne voulait la rapporter à aucune cause connue. Jusque-là, elle s'était toujours bien portée et avait été exactement réglée. Il y a deux ans, elle avait fait un enfant.

Le 4, le toucher vaginal fait reconnaître que le col est mou, la lèvre antérieure engorgée, l'orifice externe assez dilaté pour admettre l'extrémité de l'index ; l'orifice interne paraît assez ferme. Il existe un léger degré d'antiflexion. Le vagin est chaud, le doigt est retiré couvert de mucosités sanguinolentes.

La malade est fort affaiblie par les pertes qui depuis quelque temps se renouvellent presque *chaque nuit*.

Un vésicatoire volant appliqué sur la fosse iliaque gauche n'amène aucun soulagement.

La malade est soumise pendant six jours à l'usage de trois pilules composées chacune de

Seigle ergoté . . . . .	0 12
Extr. thébaïq. . . . .	0 02.

Le remède est mal supporté ; il est suivi de coliques plus vives, et l'hémorrhagie continue.

On applique à trois reprises et à deux jours de distance deux ventouses scarifiées sur la région lombaire.

Les douleurs sont un peu calmées, mais l'hémorrhagie persiste. On trouva un matiu les ganglions de l'aîne droite engorgés; la cause en était dans l'inflammation des scarifications des ventouses.

Les bains n'amènèrent aucun résultat favorable.

Enfin le 18, M. Velpeau ordonne l'application, pendant une demi-heure, d'un sinapisme sur les lombes.

Dès le 19, un soulagement marqué.

Le 20, nouveau sinapisme.

Le 22, la malade ne perd plus qu'en blanc; les douleurs ont beaucoup diminué. On continue, jusqu'au 28, l'application d'un sinapisme de deux jours l'un.

A cette époque, la malade ne souffre plus, et l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite.

Cependant le 4 mars, une nouvelle perte de sang a lieu, et continue les jours suivants, mais *sans douleur*.

Le 11, on pratique le toucher : on trouve la matrice à l'état normal; quelques injections de décoction de feuilles de noyer ont été prescrites. — L'hémorrhagie, qui très-probablement étnit le résultat de l'époque menstruelle, a complètement cessé; et la jeune fille sort le 13 en bonne santé.

Il y a quinze ans déjà, M. Velpeau employait avec succès les sinapismes entre les épanles pour arrêter les pertes qui avaient lieu après l'accouchement, sans cause appréciable. Cette dérivation puissante n'est-elle pas de nature à produire les mêmes effets que les corps froids appliqués vulgairement à la nuque pour arrêter l'épistaxis chez les enfants? Ce qu'il y a de certain, c'est que chez la malade dont nous venons de rapporter l'observation, le sinapisme a fait cesser, et très-promptement, non-seulement l'hémorrhagie utérine, mais encore les douleurs vives dont elle était accompagnée. — C'est à l'expérience ultérieure à démontrer l'efficacité de ce moyen thérapeutique.

---

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

---

**ABCÈS PAR CONGESTION** (*Nouveau signe pathognomonique des*). Peut-on, par l'analyse clinique du pus recueilli lors de l'ouverture d'un abcès, diagnostiquer la nature de cet abcès, reconnaître par conséquent

s'il s'agit d'un abcès par congestion, en d'autres termes si la matière purulente provient d'un os ou bien des parties molles? Telle est la question que M. le docteur Félix Darcet s'est appliqué à résoudre, et

voici les résultats auxquels ses recherches chimiques l'ont déjà conduit. Il a trouvé que le pus franchement phlegmoneux ne contient que 1/3 de centième de matières terreuses, tandis que le pus ayant le tissu osseux pour point d'origine n'a jamais offert moins de 1 centième, et que plusieurs fois la proportion a été de 1 centième 1/2 (environ 1/70). L'expérimentation de M. Darcet porta d'abord sur du pus provenant d'un énorme abcès qu'une jeune fille de douze ans, fraîche, bien constituée, portait dans presque toute l'étendue de la cuisse. Cette jeune fille avait longtemps été traitée pour une coxalgie qui n'existait pas, et présentait une saillie anormale des épines des deux vertèbres lombaires : saillie qui, au dire de la mère de la malade, était originaire; il n'y avait d'ailleurs jamais eu de douleur vers le rachis. L'examen le plus attentif ne parvint pas à faire trouver la moindre trace de communication entre le foyer purulent et la cavité pelvienne. Désireux de savoir s'il avait affaire à un abcès froid ou à un abcès par congestion, M. Malgaigne renvoya le pus à M. Darcet qui, après analyse, le déclara provenant du tissu osseux : il contenait environ 1 centième 1/2 de matière terreuse. « Le diagnostic du chimiste ne tarda pas à être confirmé, dit M. Darcet, par la marche même de l'abcès dans lequel la suppuration alla en augmentant, par la persistance de celle-ci et par l'amaigrissement de la jeune malade. » Dans trois autres cas, l'analyse donna la même proportion environ de matières salines dans du pus qui provenait manifestement deux fois de la colonne vertébrale, et la troisième fois avait pour origine une carie d'un des os du métacarpe. « Dans un autre cas, où le pus ne donna qu'un demi-centième de matière terreuse, j'ai un plus tard, ajoute M. Darcet, qu'il avait été pris dans un abcès froid. » Tels sont les faits sur lesquels M. Darcet fonde la valeur d'un nouveau signe qu'il regarde comme pathognomonique dans le diagnostic des abcès par congestion. — Nous ne contesterons pas à ces observations l'intérêt réel qu'elles peuvent présenter; mais nous croyons qu'elles sont insuffisantes et qu'elles ont besoin de plus amples recherches pour faire adopter en pratique les conclusions un peu trop absolues que l'auteur en

a déduites. Car, ainsi que nos lecteurs ont pu le remarquer, la présence des matières terreuses a été constatée dans le pus phlegmoneux comme dans celui que sécrète un os enflammé : toute la différence se trouve dans la proportion relative de ces matières. Or, qui pourrait, en présence des modifications incessantes qu'impriment au solide organisé et vivant l'alimentation, le tempérament, l'âge, le sexe et la nature même de la maladie, qui pourrait, dis-je, affirmer que cette proportion comparative de matières salines ne sera pas soumise à des variations nombreuses, en d'autres termes que le produit pathologique n'offrira pas dans les éléments qui le constituent des dissemblances et des modifications analogues à celles que subit l'organe producteur? Nous ferons en outre remarquer que M. Darcet n'a opéré jusqu'à présent que sur du pus provenant ou du tissu cellulaire ou des os. Or, entre ces deux points extrêmes, et pour ainsi dire intermédiaires, combien de tissus intermédiaires dont la suppuration aurait besoin d'être analysée pour que l'interprétation donnée par M. Darcet à ses quelques faits fût complètement à l'abri de l'erreur? Quant au procédé mis en usage pour déterminer la quantité de matière terreuse contenue dans un liquide, il est ou ne peut plus simple. Après avoir recueilli, à l'aide d'une ponction explorative, une certaine quantité du pus douteux, on en pèsera 10 grammes, qui seront desséchés, puis brûlés dans une capsule en platine ou même de porcelaine. Le résidu de la combustion sera pesé, et on verra quelle est sa proportion par rapport aux 10 grammes de matière employée. (*Journal de chirurgie*, février 1843.)

**ACIDE CARBONIQUE** (*Recherches sur la quantité d'acide carbonique exhalé par le poulmon dans l'espèce humaine*. MM. Andral et Gararret ont en pour but, dans un travail présenté récemment à l'Académie des sciences, de déterminer la quantité d'acide carbonique qui, dans un temps donné, s'échappe par le poulmon de l'homme, tant dans l'état de santé que dans l'état de maladie. Ce premier mémoire n'est relatif qu'à l'homme à l'état physiologique. 75 expériences, dans lesquelles toutes les précautions possibles ont été prises, ont été faites

sur 62 sujets différents, dont 36 du sexe masculin et 26 du sexe féminin. En voici les principaux résultats : depuis l'âge de 8 ans jusqu'à la vieillesse la plus avancée, la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon dans un temps donné, varie notablement suivant les âges, les sexes et les constitutions. A tous les âges, à partir de 8 ans, l'exhalation de l'acide carbonique par le poumon est plus considérable chez l'homme que chez la femme. Chez l'homme cette quantité va toujours croissant depuis l'âge de 8 ans jusqu'à l'âge de 30 ans; de 30 à 40 ans, elle reste stationnaire, ou tend déjà à diminuer un peu; de 40 à 50 ans, cette tendance à la diminution se prononce encore davantage; enfin de 50 ans à l'extrême vieillesse, l'exhalation de l'acide carbonique diminue de plus en plus, de telle sorte que chez les vieillards parvenus à la dernière limite de la vie elle revient à peu près à ce qu'elle était chez des enfants de 10 ans. Quant à la quantité de carbone contenu dans l'acide carbonique exhalé en une heure par le poumon de l'homme aux différents âges, un enfant mâle de 8 ans a brûlé, en une heure, 5 grammes de carbone, un individu de 15 ans 8 gr. 7, à 16 ans 10 gr. 8, entre 20 et 40 ans 11 gr. 4 à 12 gr. 2, de 40 à 60 ans 10 gr. 1; de 60 à 80 ans 9 gr. 2.

Chez la femme, depuis l'enfance jusqu'à la puberté, la quantité d'acide carbonique suit la même progression dans une proportion cependant un peu moindre que chez l'homme. A la puberté, il y a arrêté subit de l'accroissement de l'exhalation de l'acide carbonique, dès que la femme est menstruée; cette exhalation, pendant tout le temps de la menstruation reste dans les limites de celle des enfants du sexe masculin; à l'époque de la ménopause, l'exhalation augmente et puis suit dans son déclin la même progression que chez l'homme. Si chez les jeunes femmes la menstruation vient à être interrompue, soit par accident, soit par l'état de grossesse, l'exhalation de l'acide carbonique augmente.

Du reste, la quantité d'acide carbonique exhalé est toujours en rapport avec la force et l'énergie de la constitution. (*Compte-rendu de la l'Acad. des sciences.*)

**AMPUTATION DU BRAS** (*De l'*)  
près de l'articulation scapulo-humérale. Le cas pathologique étant don-

né où l'humérus est fracturé très-près de son articulation avec l'omoplate, vaut-il mieux amputer le bras à sa partie supérieure que le désarticuler? Cette question, diversement résolue par les chirurgiens, a besoin de s'éclairer par l'observation: or, voici un fait qui pourra contribuer à ce résultat. — *Obs.* Le nommé Cadon, manouvrier, demeurant à Beauchamp, reçut, le 13 juillet 1838, un coup de fusil chargé à gros plomb dans la partie supérieure du bras gauche; il y eut une hémorrhagie considérable: « Je vis, dit le docteur Berruyer, une plaie d'une grande étendue, irrégulière, déchirée; les veines étaient déchirées, les nerfs intacts ainsi que l'artère humérale, qu'on voyait battre: à la partie postérieure, la plaie était moins large, assez régulière; le triceps était entièrement et nettement coupé. Je partis après avoir pansé la plaie, promettant de revoir le lendemain accompagné d'un confrère pour faire l'amputation dans l'articulation. Je ne vins que le surlendemain. Après avoir visité la plaie, le médecin qui m'accompagnait ne fut pas partisan de l'amputation: il prétendit que le malade était trop épuisé, qu'il succomberait pendant l'opération. Je fis plusieurs visites à ce blessé, me contentant de panser la plaie; mais, au bout de huit ou dix jours, la suppuration devint très-abondante, et ayant la certitude qu'il succomberait s'il n'était pas amputé, je le décidai à subir l'amputation, seule chance de salut, puisqu'il n'y avait pas moyen de conserver le bras, l'humérus étant broyé dans une étendue de 3 à 4 pouces, et le triceps coupé net et raccourci. Je l'amputai quinze jours après sa blessure. J'étais assisté du curé et de deux hommes du village. Au lieu d'amputer dans l'article, voici comment j'opérai. J'introduisis le couteau dans la plaie; je fis un lambeau externe, coupant les muscles de bas en haut jusqu'auprès de l'articulation; je passai au lambeau interne, que je fis de la même manière, après avoir lié l'artère. Le malade ne perdit pas un demi-verre de sang. Les deux lambeaux relevés et tenus par un aide, je sciai l'os le plus près possible de l'articulation. Comme il était éclaté à une très-grande hauteur, il resta une esquille. Je craignais, en sciant un si faible morceau, de déchirer les membranes articulaires; je réunis les lambeaux par première

intention. La petite esquille qui n'était pas sciée sortait à la partie supérieure et se détacha au bout de quelque temps; la plaie suppura encore quelques jours par cette ouverture. Le malade guérit parfaitement. Il a un moignon qui lui permet de porter une botte et de travailler. (*Ann. de la chirurgie*, févr. 1853.)

**ANKYLOSE COMPLÈTE** guérie par une nouvelle opération chirurgicale. Frappé des graves inconvénients qui résultent de l'ankylose complète, surtout lorsqu'elle a lieu le membre se trouvant dans une attitude vicieuse qui le rend plus nuisible qu'utile, M. le docteur Barton s'est demandé s'il ne serait pas possible d'établir dans le point du membre le plus voisin de l'ancienne articulation une fausse articulation qui lui rendra ainsi, sinon la totalité, du moins une grande partie de ses mouvements. De la théorie, M. Barton passa bientôt et avec succès à la pratique. Il publia dans le *North american medical and surgical journal* la première observation d'une opération pratiquée sur un marin dont l'articulation de la hanche était complètement ankylosée; cette suture s'était effectuée dans une position vicieuse, de façon que le membre malade croisait celui du côté opposé. Le fémur fut scié à son col, et le membre fut ainsi redressé; ensuite, pour prévenir une consolidation osseuse, on lui imprimait tous les jours des mouvements. Il s'est formé, à l'aide de ces mouvements, une fausse articulation, et après soixante jours de traitement, le malade se tenait debout, et quelque temps après, il se servait de son membre. Euhardi par ce brillant résultat, le docteur Barton ne tarda pas à généraliser son opération aux ankyloses des diverses grandes articulations. Il l'appliqua avec succès à une ankylose du genou. Cette seconde opération se trouve consignée avec tous ses détails dans le numéro de février 1838 de l'*American journal of med. science*. Aujourd'hui nous ferons connaître à nos lecteurs un fait en tout semblable qui appartient à M. Gibson de Pensylvanie. Johnson, âgé de dix-sept ans, est affecté d'une ankylose du genou consécutive à une plaie articulaire reçue il y a deux ans; la jambe est fléchie en arrière presque à angle droit. Après

examen très-attentif, jugeant l'ankylose complète et toute manœuvre de redressement inutile, M. Gibson pratiqua l'opération suivante. Le 17 novembre, il fait une première incision de dehors en dedans et placée au-dessous de la rotule; une seconde incision commençant en dehors, à deux pouces et demi de la première, est dirigée en bas et en dedans de façon à la rencontrer et à en former un angle aigu : les chairs sont divisées jusqu'à l'os; le lambeau formé est disséqué et ramené en dehors, le fémur se trouve à découvert : il pratique à cet os, avec une scie, une perte de substance en forme de coin dont la base, placée en avant, présenterait deux pouces et demi de largeur. La division de l'os n'a pas été exécutée dans toute son épaisseur : l'opérateur se réserve de la compléter en portant le membre en arrière; par cette manœuvre, les vaisseaux poplités se trouvent garantis. L'opération a été exécutée en quelques minutes. Le lambeau est ensuite ramené et réuni à l'aide de points de suture. L'opéré est couché sur le dos; son membre est couché dans un plan incliné, convenablement garni de coussins et de coton, afin d'éviter la moindre compression sur les vaisseaux poplités. Légère hémorrhagie provenant d'une division des artères articulaires et suintement sanguin pendant deux jours; douleurs dans la région de l'aîne le soir; prescription de quelques gouttes de laudanum. Le 18, la nuit est bonne, point de douleurs, les muscles sont un peu raides, la jambe est moins contractée. 19, extension légère de la jambe produite par le poids même des parties. 20, douleur légère sur le point où l'os a été coupé, pas de fièvre, appétit bon. 25, point de douleur, l'extension de la jambe a graduellement augmenté par l'affaiblissement du plan incliné. Le 5 décembre, le membre s'allonge de plus en plus, on enlève les attelles et on place les jambes dans une espèce de botte garnie convenablement. On trouve un pouce et demi de différence entre le membre malade comparativement mesuré et celui du côté opposé. Une autre ouverture fut nécessaire le 16 par le séjour de la suppuration et le gonflement du genou. 1<sup>er</sup> janvier, on passe un seton dans les ouvertures. Le 12, on le supprime, le dégorgeement s'est opéré : les extrémités osseuses sont déjà réunies, on permet au malade

de s'asseoir dans son lit, le membre est renversé à angle droit. Le 24, le malade commence à marcher à l'aide de béquilles. Le 15 février, la plaie est guérie, le membre opéré peut supporter le poids du corps, il est raccourci de près d'un ponce. 1<sup>er</sup> mai, il y a près de deux mois que l'opéré marche sans béquilles, il peut aller à la ville et retourner sans beaucoup de peine, et il fait jusqu'à trois et quatre milles sans trop de gêne. (*The american journal of the medical science*. Hop. de Pensylvaie).

**ASCITE ESSENTIELLE** (*Du diagnostic et du traitement de l'*). L'automisme moderne avait mis en question l'existence de l'ascite essentielle. A mesure que se dissipent les nuages dont l'école moderne avait entouré les saines doctrines médicales, la vieille expérience de nos prédécesseurs réapparaît dans toute la vérité et toute l'exactitude de son observation. Disons néanmoins qu'à l'endroit de l'ascite essentielle, la réaction des organicistes n'a jamais pu être complète. Toujours de temps à autre quelques faits dans lesquels il était impossible de rattacher l'ascite à aucune des causes anatomiques sous l'influence desquelles on avait voulu placer les hydropisies, venaient protester contre les théories régnantes et ébranler la foi chancelante. Ceux qui conserveraient encore quelques doutes sur l'impossibilité de rattacher toujours l'ascite à une cause anatomique indépendante d'une lésion spéciale du péritoine liront avec intérêt le résumé suivant d'une leçon de M. le professeur Fouquier sur ce sujet.

Le texte lui en a été fourni par une malade de soixante-deux ans, atteinte d'hydropisie ascite, et qui a déjà subi sept ponctions. L'examen le plus scrupuleux des organes et des fonctions porte à croire que l'ascite est essentielle. En effet, après les ponctions que cette femme a subies, on n'a jamais pu constater de tumeur dans la région des ovaires. Il n'existe aucun symptôme de maladie des reins, ni douleurs, ni albumine dans les urines, etc. Le foie est tout à fait à l'état normal et dans son volume et dans sa consistance; en un mot cette femme jouit d'une santé parfaite, ce qui serait impossible avec l'existence d'une altération des divers organes dont nous venons de parler. M. Fouquier croit que cette

ascite n'a pas d'autre source qu'une exhalation morbide du péritoine, sans même qu'il soit nécessaire d'admettre pour cela que le péritoine soit le siège d'une inflammation chronique, dont il n'existe aucun signe. L'épanchement séreux est produit ici dans le péritoine, comme il l'est dans la tunique vaginale chez les sujets atteints d'hydrocèle, par le seul fait d'une hypersécrétion de cette membrane séreuse.

Quant au traitement indiqué dans des cas pareils, M. Fouquier professe que les hydropisies essentielles ne guérissent pas toujours après une petite ponction; le plus souvent, au contraire, il faut répéter l'opération un certain nombre de fois avant de voir la maladie se résoudre définitivement. Dans le cas actuel, M. Fouquier fera précéder la ponction de l'emploi des diurétiques, ayant remarqué qu'il y a de l'avantage à ce que la diurèse soit déjà établie avant l'opération, afin de rendre plus active la diurèse qui s'établit naturellement après la ponction. Quant à la méthode par les purgatifs, outre qu'elle est très-longue, elle détermine souvent des inflammations intestinales et l'épuisement des malades. On peut quelquefois l'associer à la ponction et aux diurétiques. Par ce traitement mixte, M. Fouquier a vu guérir plusieurs ascites essentielles. (*Gaz. des hôp.*, février 1843.)

**CANCER** (*Sur l'emploi de la pâte arsenicale contre le*). A une époque où la question de l'arsenic, envisagée dans son mode d'action sur l'économie, préoccupait vivement les esprits, il importe aux praticiens de connaître les travaux qui ont pour but de déterminer l'influence de divers composés arsenicaux dans la thérapeutique des maladies; aussi croyons-nous être utile à nos lecteurs en leur soumettant les résultats obtenus par M. le docteur Manec, qui a expérimenté sur le cancer. « Dans les premières applications que j'eus à faire de la pâte arsenicale, dit le chirurgien, considérant son action comme purement escharrotique, je pratiquai, selon l'usage, l'ablation des fongosités cancéreuses. J'eus lieu d'observer que dans les épaisseurs augmentées par les prolongements internes du cancer, sa chute n'avait été ni moins prompte ni moins précise que dans les parties les plus minces. L'action escharrotique avait

complètement détruit celle-ci, tandis que dans celles-là elle s'était limitée à une couche d'environ un demi-centimètre d'épaisseur, et qu'au-dessous, toute la profondeur de la masse carcinomateuse se trouvait flétrie, atrophiée, sans que sa texture en fût désorganisée. J'en dus conclure : 1<sup>o</sup> quant à la théorie, qu'un lien d'interposer entre la pâte arsenicale et les tissus sains un *medium* capable d'empêcher ou de ralentir l'action du médicament, le corps cancéreux en était, avant la suppuration éliminatoire, frappé d'une sorte d'emprisonnement dans sa vitalité particulière; 2<sup>o</sup> et, quant à la pratique, que l'ablation préalable des fongosités cancéreuses est complètement inutile. » M. Manec a cité plusieurs exemples dans lesquels l'action de la pâte arsenicale a été limitée aux deux tissus carcinomateux et ne provoque au delà que la suppuration éliminatoire. « Rassuré par de nombreuses observations de ce genre, j'ai appliqué depuis près d'un an ce mode de traitement aux cancers de l'utérus; tout ce que cette application m'a offert de nouveau, c'est une absorption plus prompte de l'arsenic et une réaction générale plus rapide. Quant aux circonstances et aux conséquences de l'absorption, les urines, examinées suivant la méthode de Marsh, ont toujours fourni des taches arsenicales au plus tôt huit heures après l'application du médicament, et au plus tard quinze heures après. J'ai observé que l'élimination s'opère selon la promptitude de l'absorption. Quand celle-ci a été rapide, les urines présentent de l'arsenic pendant quatre ou cinq jours, et dans le cas contraire jusqu'au septième. Mais l'arsenic paraît aussi dans les matières fécales, où l'élimination continue sept à huit jours après que les urines n'en offrent plus aucune trace. N'ayant perdu jusqu'ici aucun des malades soumis à ce traitement, mes recherches n'ont pu s'étendre jusqu'aux organes tels que le cerveau, le cœur et le foie, où, selon M. Orfila, des parcelles d'arsenic peuvent se trouver quand les autres parties du corps n'en offrent plus aucune trace. (*Lettre à l'Acad. des sciences*, février 1813.)

**CHLORURE DE SODIUM** (*Formule pour la préparation d'un sirop* etc). L'emploi du chlorure de sodium ayant été préconisé par M. Amédée Latour dans le traitement

de la phthisie pulmonaire, M. Mahier a eu l'idée de l'associer au sucre afin d'en faciliter l'administration. Voici la formule :

Prenez :  
Chlorure de sodium..... 12 parties.  
Eau distillée simple, soit de  
fleurs d'orangers, d'anis, etc. 36 —  
Sucre blanc..... 60 —

Dissolvez à froid le sel; faites ensuite fondre de même le sucre; filtrez.

Ce sirop, pris par cuillerée et avalé promptement, donne à peine le temps à l'organe du goût de s'impressionner de l'action du sel, que l'on peut du reste faire cesser de suite en buvant aussitôt de l'eau sucrée.

31 grammes de ce sirop contiennent 4 grammes de sel environ, ou à peu près 2 grammes par cuillerée.

L'usage de ce sirop peut bien offrir quelques avantages, nous n'en disconvenons pas; mais il est loin d'atteindre le but que M. Mahier s'est proposé, qui a été de sauver aux malades la répugnance que leur cause assez souvent la puante sapidité du sel en question. Pourquoi ne pas l'administrer en pilules recouvertes de gélatine? Nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'il en soit ainsi. Nous tenons d'ailleurs de M. Amédée Latour qu'il a fait faire des essais nombreux pour préparer un sirop au chlorure de sodium, et qu'il n'a jamais été possible de dissimuler d'une manière marquée le goût du sel. (*Journ. de Chim. méd.*, mars 1813).

**CLINIQUE MÉDICALE DE STRASBOURG.** C'est un exemple qui mériterait d'être suivi que celui que vient de donner M. le professeur Forget, en publiant le résumé des faits observés dans sa clinique pendant une année, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1811 jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 1812. Nos professeurs parisiens abandonnent volontiers ce soin à un élève aimé, qui ne peut apporter dans cette tâche délicate et difficile l'importance qu'y attacherait le maître, en y mettant son nom. Aussi, la plupart de ces résumés, publiés dans les journaux, passent sans attirer attention ou intérêt, dépourvus qu'ils sont de cette valeur intellectuelle et morale indispensable à toute œuvre sérieuse. M. Forget a autrement compris ses devoirs de professeur, et l'on doit l'en féliciter; il expose lui-même avec candeur et bonne foi ses succès et ses revers, ses convictions et ses

doutes; il agrandit ainsi son auditoire, et lui-même et le public ne peuvent que gagner dans ces communications.

Si nous faisons ainsi, et avec plaisir, la part du zèle et de l'activité du professeur de Strasbourg, c'est que nous éprouvons le regret d'avoir à blâmer des tendances vers des doctrines et vers une pratique qui souvent ne sont pas les nôtres. Heureusement qu'avec son esprit élevé, et par son talent incontestable, M. Forget s'écarte quelquefois des principes d'anatomisme et de physiologisme qu'il affectionne, comme aussi de ceux de la méthode numérique. Nous n'en voulons pour preuve que ce qu'il dit de la *pneumonie catarrhale*, que nous avons vue régner plusieurs fois à Paris depuis quelques années et dont il a été souvent question dans ce journal. M. Forget en a observé trois cas. Il appelle *pneumonie catarrhale* celle qui est accompagnée de râles divers généralisés dans les parties des poumons que n'occupe pas la *pneumonie* caractérisée par les signes qui lui sont propres, ce qui s'observe en général chez les individus où la *pneumonie* a été précédée par la bronchite. « La distinction de ces cas, dit-il, nous paraît comporter une utilité réellement pratique, en ce que nous avons remarqué que cette espèce de *pneumonie* est plus tenace, dure plus longtemps, et nécessite dans le traitement des modifications appropriées à ces circonstances. C'est ainsi que la saignée coup sur coup a moins de prise sur elle, et peut amener un affaissement fâcheux, ce qui oblige d'en venir plus tôt à l'emploi du tartre stibié à haute dose, qui trouve ici, ce nous semble, une application plus appropriée. » Nous donnons à ces quelques lignes, qui dénotent un véritable praticien, une valeur bien supérieure aux nombreuses pages où M. Forget a plaidé la cause de la statistique et de quelques méthodes de traitement absolues. (*Clinique médicale de la Faculté de Strasbourg*, par M. Forget, broch. in-8°.)

**DIPHTÉRIE** (*De l'emploi des vomitifs coup sur coup dans la*). Dans le *Répertoire* de notre numéro d'octobre dernier, nous blâmions l'emploi des traitements absolus dans le croup; nous soutenions que dans la période initiale de cette maladie, l'art possédait d'autres ressources

que la cautérisation, et nous nous étonnions qu'à Tours, par exemple, on n'eût jamais recours qu'à ce moyen. Les émissions sanguines, les frictions mercurielles, les vomitifs, nous paraissaient, de l'aveu de la majorité des praticiens, des secours qu'il fallait bien se garder de négliger pour recourir toujours à la cautérisation, dont nous reconnaissons d'ailleurs les avantages dans certaines circonstances. M. le docteur Haime nous blâme à son tour énergiquement de notre opinion à cet égard. Séduit par les brillants résultats obtenus par M. Marotte, de l'emploi des vomitifs coup sur coup, incité peut-être aussi par notre critique, notre honorable confrère de Tours ayant à soigner un enfant de quatre ans atteint de croup, s'abstint de toute cautérisation et essaya les vomitifs coup sur coup; l'enfant mourut au moment où on pratiquait la trachéotomie. M. Haime part de ce fait pour faire le procès aux vomitifs (et en cela il a peut-être raison en les envisageant comme méthode unique et absolue), et à nous-même qui nous élevons contre une thérapeutique spéciale. Il se promet bien, à l'avenir, de ne plus tenir compte ni des succès annoncés par les uns, ni des critiques des autres; il en viendra toujours et d'emblée à la cautérisation.

A moins qu'on ne nous prouve que le croup à Tours est différent du croup à Paris, ce que toutes les descriptions connues ne nous permettent pas d'admettre, nous persisterons à croire que dans la période initiale de cette maladie on éviterait souvent, d'abord la trachéotomie, et puis la terminaison funeste que la maladie entraîne, si l'on avait recours aux antiphlogistiques et aux frictions mercurielles pour éteindre l'inflammation, aux vomitifs ensuite pour expulser les fausses membranes, à la cautérisation enfin, dont nous reconnaissons les indications spéciales pour modifier la sécrétion pseudo-membraneuse. Nous croirons encore, et jusqu'à nouvel ordre, que cette thérapeutique est plus rationnelle que les méthodes uniques et absolues. (*Recueil des travaux de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire.*)

**EMPHYSÈME PULMONAIRE** (*De l'*) comme cause de mort. Une assez longue discussion vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur ce sujet à propos d'un Mémoire de M. le



docteur Prus, sur lequel M. Adelon a fait un rapport. Malgré le titre du *Mémoire*, malgré les efforts du rapporteur pour circonscrire la discussion sur le point capital que M. Prus avait voulu traiter, c'est-à-dire l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort plus ou moins subite, la discussion a franchi ces limites, et il a été longuement question du siège anatomique de l'emphysème, de la pathologie de cette affection, de ses causes et de sa nature. Sur tous ces grands points, hâtons-nous de le dire, la discussion n'a pas jeté de grandes lumières et n'a appris que ceci, c'est qu'une confusion déplorable règne parmi les médecins sur ce qu'on entend par emphysème pulmonaire : les uns le font consister dans une dilatation des vésicules avec ou sans rupture des cloisons cellulaires qui les séparent ; les autres, dans une infiltration d'air dans le tissu cellulaire du poumon. Ces deux opinions, qui admettent encore des variétés et des sous-variétés, se sont longtemps esquivées sans pouvoir s'entendre, et comme nous ne réussirions probablement pas à les mettre d'accord, pas plus que sur le mécanisme de la formation de ces phénomènes, nous nous bornerons à dire un mot du point principal traité par M. Prus.

Ce médecin, se basant sur des faits recueillis dans la science ou observés par lui, professe dans ce travail, que la mort arrivant plus ou moins subitement peut ne reconnaître pour cause que l'emphysème pulmonaire. M. Prus explique la mort par l'infiltration de l'air dans le tissu inter-lobulaire et inter-vésiculaire des poumons, qui produit sur l'hématose un trouble assez considérable pour déterminer cette terminaison brusque. Nous n'avons pas lu les observations rapportées par M. Prus, et nous ne pouvons par conséquent assurer que tous les détails de l'autopsie confirment son opinion. Mais elles ont été, ces observations, trouvées probantes par la commission, qui les a examinées avec soin. D'ailleurs, M. Ollivier (d'Angers) en a cité d'autres à l'appui, parmi lesquelles en voici une fort remarquable. Un homme violemment attaqué pendant une discussion veut repousser son agresseur et se venger de l'insulte qu'il a reçue ; mais arrêté par les remontrances et l'intervention de ses amis, il contient sa colère, sort de la maison

pour s'en aller, et tombe instantanément frappé de mort après avoir fait une quarantaine de pas. L'autopsie ne permit de constater d'autres lésions qu'un emphysème pulmonaire.

Quoique les opinions de M. Prus aient trouvé de nombreux contradicteurs, nous n'appelons pas moins l'attention des praticiens sur la possibilité de cette terminaison de l'emphysème, dont ils devront tenir compte dans les autopsies juridiques.

**ÉPILEPSIE** (*Des causes qui influent sur la fréquence des accès de l'*). Tous les pathologistes ont établi des distinctions entre les causes proprement dites de l'épilepsie et les causes qui, l'épilepsie une fois établie, déterminent les accès. Ainsi tous ont noté l'influence des émotions morales : la frayeur, une grande joie, un spectacle étrange, la masturbation, les boissons alcooliques, etc. Mais il est un autre ordre de causes influant sur la production et le nombre des accès qui n'a pas été peut-être assez étudié, et sur lequel M. Billod vient d'attirer l'attention des praticiens, savoir, l'influence des maladies intercurrentes dont les épileptiques peuvent être atteints pendant la durée de cette névrose. Ce médecin a vu, dans le service de M. Voisin, à Bicêtre, les accès d'épilepsie augmenter énormément de fréquence sous l'influence d'une intoxication saturnine. Dans une autre observation, c'est une pleurésie double qui coïncide avec un tel redoublement des accès, que le jeune malade, sujet de cette observation, en eut plus de trois mille dans un mois. Dans d'autres circonstances, au contraire, une maladie intercurrente a produit une suspension des accès. Ainsi, dans une observation, c'est une pneumonie qui arrête des accès revenant tous les jours ; dans une autre, ce sont des plaies aux jambes, résultant de l'application de sinapismes, et dont la cicatrisation complète ramène les accès. Ce sujet est intéressant et mérite d'être étudié avec soin. (*Gaz. des Hôp.*, février 1843.)

**GANGRÈNE SPONTANÉE** (*Considération sur la*). Les exemples de gangrène spontanée sur de jeunes sujets, sans aucune de ces causes appréciables chez les vieillards, sont assez rares pour que l'analyse du fait

suivant, observé dans le service de M. Blandin à l'Hôtel-Dieu, soit lue avec intérêt. Une jeune fille était entrée à l'hôpital, il y a trois ans, pour des plaques gangréneuses qu'elle portait aux deux membres gauches et qui s'étaient déclarées spontanément, sans aucune cause extérieure appréciable. Six ans auparavant, pareille chose était déjà arrivée, et alors comme aujourd'hui elle éprouvait des douleurs dans l'hypochondre gauche et dans les régions de la rate, une espèce d'anxiété particulière à la région précordiale et un malaise général qu'elle ne savait pas bien définir. Chaque fois elle était sortie guérie, au moins en apparence, après un séjour de quelque temps à l'hôpital. L'examen ne fait découvrir aucune altération ni dans le cœur ni dans le poulmon. Du reste, la gangrène de la peau, dont cette fille est atteinte actuellement pour la troisième fois, a beaucoup d'analogie, dans ses symptômes et son apparence extérieure, avec la brûlure. Il est à remarquer que toutes les fois que cette fille a quitté Paris pour voyager, elle n'a éprouvé aucun accident semblable, et c'est toujours quelque temps après son retour à Paris que cette singulière affection reparait, et toujours sur les deux membres gauches. M. Blandin croit que la maladie procède plutôt d'une cause générale que locale. Mais quelle est-elle? Ce n'est pas assurément une ossification des artères, si rare à cet âge; d'ailleurs le cœur ne présente rien d'anormal. Ce n'est pas une artérite; elle donnerait lieu à de tout autres phénomènes. La rate n'offrant aucun signe d'altération, il n'est pas raisonnable de lui attribuer aucune influence sur la maladie. Aucune lésion ne se présentant non plus dans l'appareil de la respiration, il faut l'éliminer de la pathogénie de cette affection. Reste le système nerveux, dans lequel M. Blandin trouve des conditions d'influence sur le développement de cette maladie assez plausibles : l'intermittence, l'indépendance des affections nerveuses, qui peuvent exclusivement occuper un seul côté du corps, le développement des plaques gangréneuses sur le trajet d'un nerf, les gangrènes partielles apparaissant quelquefois à la suite d'une lésion d'artère dans laquelle on a réuni un nerf, toutes ces considérations font penser que dans le cas actuel c'est

le système nerveux qui est malade, et plus spécialement le nerf saphène interne.

Jusqu'ici on s'est borné, pour tout traitement, à des applications émollientes sur les escarres gangréneuses pour en faciliter la chute. (*Gaz. des Hôp.*, février 1843).

**GROSSESSE ABDOMINALE** (sur un cas remarquable de). Quoique les cas de ce genre aient été recueillis en grand nombre, quoique nous possédions sur ce sujet des dissertations savantes et approfondies, notamment celles de MM Deswimeris et Velpeau, on ne peut se défendre d'un vif intérêt au récit des émotions qu'éprouve le médecin en face d'une telle anomalie de la nature. Dans le cas que vient de publier M. le docteur Hirtz de Strasbourg, le drame, comme il le dit lui-même, a été complet. En voici les scènes principales.

M<sup>me</sup> Manière, forte constitution, trente-cinq ans, mariée à vingt-deux, n'ayant eu qu'un enfant, aujourd'hui âgé de treize ans, est devenue enceinte il y a neuf mois, et se trouve à terme après une grossesse assez peu pénible. Il y a huit jours, douleurs abdominales intermittentes que la malade crut puerpérales; au bout de deux jours, aucun changement n'étant survenu, M. Hirtz est appelé; c'était le 28 octobre. Facilité extrême avec laquelle il put distinguer, à travers la paroi abdominale, toutes les parties de l'enfant et notamment la tête; battements du cœur très-netts, absence du souffle placentaire; de temps en temps mouvements de redressement de l'enfant et alors douleurs chez la mère; col de l'utérus abaissé, peu effacé, mu, comme ordinaire; introduction du doigt dans l'orifice extérieur facile, difficile au contraire dans l'orifice interne, le doigt ne touchant du reste aucune partie du fœtus ni rien qui ressemble à l'enfant; voilà les phénomènes que constata M. Hirtz et qui lui donnèrent à l'instant l'idée d'une grossesse extra-utérine. Pendant deux jours, les douleurs, coïncidant avec les mouvements du fœtus, continuent; bientôt elles se rapprochent, deviennent enfin continues, en même temps que l'abdomen se distend uniformément, qu'il devient très-douloureux au toucher, que bientôt la fluctuation s'y manifeste ainsi que tous les signes d'une péritonite.

Les accidents augmentent et, à

mesure que l'irritation abdominale s'accroît, et par suite l'épanchement, les signes du côté de l'abdomen s'obscurcissent; mais ceux fournis par l'exploration vaginale persistent et acquièrent un très-haut degré d'importance par l'emploi de la sonde et par le cathétérisme mis en usage par M. le professeur Stoltz appelé en consultation.

Le 1<sup>er</sup> novembre, ces deux médecins, réunis à M. Ehrmann, ayant constaté par l'auscultation que l'enfant était vivant, et une opération étant devenue urgente, s'ajournent au lendemain pour pratiquer la gastrotomie. Mais le lendemain l'urgence n'existait plus, car l'enfant était évidemment mort, et la péritonite de la mère ne faisant qu'augmenter, les consultants s'ajournèrent encore, et ainsi de suite jusqu'au 8 novembre, jour où des symptômes de résorption purulente, par suite de la putréfaction du fœtus, ne permirent plus de temporiser. La femme et sa famille ayant refusé l'instrument tranchant, on se décida pour le caustique appliqué sur l'endroit qui est le siège habituel des douleurs et des parties saillantes du fœtus. Le lendemain, l'état de la malade est très-grave; un trocart à paracutésée perce le milieu de l'escarre, et aussitôt un jet d'un liquide rouge noir vient jaillir par la canule. Deux jours après, l'escarre n'ayant déterminé aucun travail d'élimination, et les parents et la malade elle-même se refusant toujours à toute opération par l'instrument, cette malheureuse succomba après une agonie horriblement douloureuse.

À l'autopsie on vit évidemment que l'œuf s'était développé dans la partie ombilicale de l'abdomen, en refoulant en haut les viscères digestifs et en bas les organes génito-urinaires. En haut, il adhérait aux épiploons et au colon, en bas il était limité par le placenta; partout ailleurs il adhérait au péritoine pariétal.

Fallait-il dans ce cas pratiquer la gastrotomie aussitôt que fut bien constatée la grossesse abdominale? Pouvait-on espérer de sauver par elle la mère et l'enfant? Dans tous les cas, n'eût-il pas mieux valu la pratiquer avant la putréfaction du fœtus, et préserver ainsi la mère des dangers de l'infection purulente? M. Hirtz répond affirmativement à ces questions. Pour nous, en présence de la péritonite qui a éclaté deux jours après

l'apparition des douleurs, nous aurions fort peu compté sur les ressources de l'art. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, février 1813.)

**HYDROPSIES PASSIVES** (*Efficacité de l'écorce de sureau contre les*). M. le docteur Faivre, d'Esnares, chirurgien de Baume-les-Dames, signale le moyen suivant qui se trouve à la portée de tout le monde, comme lui ayant presque constamment réussi dans le traitement des hydropsies passives. C'est une tisane plus ou moins concentrée d'écorce de sureau dépoignée de son épiderme. On prend une demi-poignée à deux poignées de cette écorce, qu'on fait bouillir pendant un quart d'heure dans un litre d'eau, avec addition d'une suffisante quantité de racine de réglisse pour donner une saveur légèrement sucrée au produit de la décoction. Cette tisane est prise tiède et par verre dans le courant de la journée. On peut aussi remplacer la décoction d'écorce de sureau par l'extract de cette substance, que l'on administre sous forme pilulaire. Les pilules, du poids de 10 centigrammes chaque, sont données au nombre de trois à huit dans les vingt-quatre heures, suivant l'âge et la susceptibilité individuelle des sujets auxquels elles sont prescrites. Ces médicaments deviennent de puissants hydragogues en agissant sur la sécrétion urinaire et sur celle des intestins. Aussi voit-on, dit M. Faivre, l'œdème, l'anasarque et l'ascite disparaître sous leur influence d'une manière si rapide et si complète, qu'il est rare de se trouver dans l'obligation de recourir plus de deux fois de suite à leur administration. Ces résultats nous paraissent si beaux, que nous osons à peine y croire, tout en désirant que l'expérience de nos confrères vienne confirmer les assertions de M. Faivre. Du reste, l'emploi de l'écorce du sureau dans l'ascite n'est pas nouveau, comme notre confrère semble le croire. Il y a dix ans, notre honorable ami M. Martin Solon a signalé ce moyen pour la première fois dans ce journal, et plusieurs médecins l'ont employé avec efficacité. On peut consulter les tomes II, IV, V, VII, X, de notre collection, on y trouvera des articles sur la matière. (*Gaz. des hôp.*, février 1813.)

**HYSTÉRIE** (*Réflexions sur l'influence des rapports sexuels sur l'*). Cette question a été souvent agi-

tee, et diversement résolue. Plusieurs auteurs des derniers siècles, guidés par leur théorie sur le siège de l'hystérie, qu'ils plaçaient dans l'utérus, ont conseillé le mariage et le rapprochement sexuel aux jeunes filles hystériques. Cette manière de voir est presque généralement abandonnée des médecins qui ont fait une étude approfondie de cette névrose. Georget surtout a beaucoup contribué au renversement de cette opinion en démontrant que les abus vénériens entrent, pour une grande proportion dans les causes de la maladie. M. Chomel, dans une leçon de clinique récente, partage entièrement les opinions de Georget : « On voit, en effet, dit-il, survenir assez souvent des attaques hystériques chez des femmes mariées ; ces attaques ne sont pas rares chez les prostituées et les femmes qui se livrent avec plus ou moins d'excès aux plaisirs vénériens. D'un autre côté, on observe fréquemment ces mêmes accidents chez les femmes qui sont en proie à une peine morale, à de vives contrariétés ; il n'est pas rare de les voir survenir chez de jeunes femmes mariées contre leur gré, ou chez des filles dont l'inclination est contrariée. Enfin il est des femmes qui tombent dans ces attaques hystériques au moment même du coït, de sorte qu'on ne pourrait invoquer, dans ce cas, l'influence des appétits vénériens. » L'hystérie est, en un mot, pour M. Chomel, une maladie essentiellement nerveuse, indépendante de l'influence utérine, et qui pourrait aussi bien se développer chez l'homme que chez la femme si l'impressionnabilité nerveuse était la même dans les deux sexes. Mais le tempérament diffère de l'homme, son caractère plus fixe et moins vivement impressionnable, le prédisposent plutôt à l'hypochondrie, qui semble être chez lui l'analogue et en quelque sorte le pendant de l'hystérie.

Pour un cas d'hystérie qu'il avait actuellement sous les yeux, et contre lequel un médecin avait conseillé les rapprochements sexuels, M. Chomel, sans vouloir discuter la question de moralité de ces sortes de conseils, quoique cette question soit d'une haute gravité, se borne à dire que ces conseils sont absurdes et souvent préjudiciables sous le rapport physique comme sous le rapport moral. En effet, dès qu'on a conseillé à une jeune fille de se li-

vrer aux rapprochements sexuels dans l'intérêt de sa santé, qui est-ce qui peut prévoir où l'entraînera cette pratique, qu'elle croira d'abord salubre ? D'un autre côté, combien n'y a-t-il pas de femmes auxquelles ces rapprochements sont plutôt nuisibles qu'utiles ? Aussi, jamais un médecin qui se respecte ne devra donner de pareils conseils. (*Gaz. des Hôp.*, février 1813.)

**IMPUISSANCE VIRILE (De l') par cause morale.** Les faits analogues à ceux que nous allons citer d'après M. Amédée Latour, ne sont pas rares dans la science et se rencontrent bien plus fréquemment encore dans la pratique.

Un homme de trente ans, dont tous les antécédents, dont la bonne constitution et la bonne conformation des organes ne pouvaient faire porter qu'un bon diagnostic de virilité, se marie avec une jeune et belle personne de vingt ans, qu'il avait vivement désirée. Un mois s'écoule sans que, faute d'érection, il puisse remplir le but du mariage : « Chose singulière, disait le mari à M. Latour, loin de ma femme, et en pensant à elle, tous les phénomènes de la virilité se manifestent ; dans le lit conjugal, les organes sont muets, ils n'obéissent plus à ma volonté. » Inquiet, profondément attristé, et ce terrible secret ayant été découvert et divulgué par la mère de la mariée, en honte aux railleries des hommes et au mépris des femmes, cet homme vint réclamer les conseils de notre confrère, qui, par une médication morale plus que pharmaceutique, par la prescription d'un petit voyage aux bains de mer, parvint à ramener les choses dans l'état le plus satisfaisant.

— Un élève de l'École Polytechnique, remarquable par l'énergie de sa volonté, après un dîner fait avec deux de ses collègues, accepte le pari qui lui est proposé, de rester parfaitement insensible aux caresses et aux excitations d'une courtisane célèbre par sa beauté. Le combat dura pendant une heure, et il en sort vainqueur. Quelques jours après, et dans des circonstances où sa volonté agissait en sens inverse, il se trouve froid comme auprès de la courtisane. Cet état se prolongeant, il consulte, mais en vain, les médecins les plus renommés de Paris. L'hypochondrie mélancolique s'empare de ce malheureux jeune homme ; il obtient un

congé, et se rend aux Pyrénées, dans le sein de sa famille, où un vieux médecin le guérit au moyen de bains de safran et d'un régime corroborant.

— Un jeune homme de vingt ans avait des rapports intimes avec une jeune demoiselle, amie de sa sœur, et fut surpris par cette dernière en flagrant délit. Malgré des différences de fortune et de position, il fallut conclure ce mariage. Ce jeune homme, qui avait été heureux amant, fut pendant six mois un impuissant époux. Le souvenir de l'émotion éprouvée quelque temps auparavant avait paralysé ses forces érectiles. (*Comptendu de la Société médicale du Temple, Gazette des Hôpitaux*, février, 1813.)

**IVRESSE** (*Singulier remède contre l'*). Voici un singulier moyen employé contre l'ivresse habituelle par un médecin russe, M. le docteur Schreiber, de Brzesc-Litewski; il consiste à cofermer l'ivrogne dans une chambre commode du reste, et à lui fournir à discrétion de l'eau-de-vie coupée de deux tiers d'eau, autant de vin, de bière et de café qu'il en voudra, mais additionnés d'un tiers d'eau-de-vie; tous les aliments, le pain, la viande, les légumes seront trempés aussi d'eau-de-vie coupée d'eau. Le pauvre diable est continuellement ivre et dort. Le cinquième jour de ce régime il a un dégoût extrême de l'eau-de-vie; il réclame avec instance d'autres aliments; mais il ne faut pas céder à son désir jusqu'à ce que ce malheureux finisse par ne plus rien vouloir boire ni manger. Alors on peut être sûr qu'il est guéri de son penchant à l'ivrognerie. L'eau-de-vie lui donne un tel dégoût, qu'à son seul aspect il a envie de vomir. Une parcelle oséclode, en supposant même qu'elle soit bonne, peut être mise en pratique en Russie, mais nous doutons qu'on pût en France tenir ainsi un ivrogne quelconque en charte-privée pendant une dizaine de jours, pour lui faire subir une semblable expérience. (*L'Ami de la santé*, journal russe, et *L'Examinat. méd.*, février 1813.)

**LUXATION DES PHALANGES** (*De la réduction de la*). A l'occasion du Mémoire de M. le docteur Biéchy, dont nous avons occupé nos lecteurs

dans notre dernier numero et qui est relatif aux difficultés que l'on éprouve à réduire les luxations des phalanges, M. le professeur Gerdy a publié une lettre de laquelle il résulte que, pour lui, la réduction n'est aussi difficile qu'à cause du procédé défectueux mis en usage pour l'effectuer, c'est-à-dire la méthode extensive. « Le fait est, dit ce chirurgien, que je n'éprouve point ces difficultés en me servant d'une autre méthode que je nomme *impulsive directe* et qu'on pourrait appeler aussi *méthode par glissement*. Voici en quoi elle consiste. La première phalange du ponce ou du premier orteil étant luxée sur le dos du premier métacarpien ou du premier métatarsien, j'embrasse la main ou le pied avec les quatre derniers doigts des mains croisés les uns sur les autres, et les deux doigts indicateurs, en particulier, croisés sur la tête du métacarpien ou du métatarsien rendue saillante par le fait de la luxation; puis appliquant les pouces derrière la phalange luxée, qui est renversée en arrière à peu près à angle droit, et qui repose sur le métacarpien ou sur le métatarsien correspondant par sa surface articulaire, je la repousse doucement et peu à peu jusque sur le cartilage de la tête articulaire avec laquelle elle était unie auparavant; lorsqu'elle y est parvenue, un mouvement de bascule imprimé à la phalange achève la réduction. Quelquefois je m'y prends d'une autre manière; mais j'agis toujours par le même mécanisme. Je saisis la phalange luxée avec le ponce d'une seule main ou avec les deux pouces réunis derrière cet os; puis appuyant le côté radial du doigt indicateur sur la tête de l'os métacarpien ou métatarsien correspondant, j'attire doucement, en la faisant glisser sur l'os métacarpien ou l'os métatarsien, la phalange déplacée, et quand elle est revenue sur la courbure de leur tête articulaire, un mouvement de bascule réduit la luxation aussi facilement que par l'autre procédé. »

Pourquoi réussit-on si facilement par la méthode de glissement? C'est que, par des raisons de mécanique inutiles à exposer ici, il est plus aisé de faire glisser parallèlement l'une à l'autre deux pièces de bois liées ensemble par un ou plusieurs anneaux de corde, que de les écarter en tirant perpendiculairement ou obli-

quement sur les deux pièces. (*Examinateur médical*, février 1813.)

**ŒSOPHAGE** (*Cas extraordinaires de dilatation de l'*). Les exemples de dilatations de l'œsophage sont extrêmement rares; aussi allons-nous analyser le suivant, observé à la clinique médicale de l'hôpital des Séraphins, à Stockholm, par le professeur Huss. C'est une demoiselle âgée de quatorze-trois ans, hystérique, qui plusieurs années avant sa mort a présenté les symptômes de cette dilatation. Le diagnostic avait été bien fixé, et cette malade ayant succombé à une attaque de convulsions étrangère à l'affection de l'œsophage, on a pu constater la justesse du jugement qui avait été porté sur la lésion de ce canal membraneux. Il est important de préciser les symptômes de cette curieuse maladie. Le sujet sentait la nourriture s'arrêter d'abord au cardia; puis elle la sentait passer peu à peu comme à travers un canal étroit. Cet arrêt était toujours accompagné de douleurs dans la région épigastrique et de gêne de respiration. Les liquides causaient des douleurs plus courtes et moins vives que les aliments solides. Lorsque ces douleurs, qui se présentaient le plus souvent comme une pesanteur intolérable, continuaient longtemps, elle était forcée à rendre la nourriture. Alors sans vomissement et sans aucun effort, par une régurgitation volontaire qui s'opérait avec la plus grande facilité à l'aide d'un mouvement particulier de la langue, dont elle pressait la pointe contre les dents supérieurs en baissant fortement la tête ou avant, elle ramenait dans la bouche, dans un état non altéré, les mets ayant de la consistance et pris six, douze heures auparavant. Elle pouvait régurgiter les liquides, mais seulement tout de suite après les avoir pris ou au plus dix ou quinze minutes après. Ces essais ont été très-souvent répétés à l'hôpital. Du reste, l'appétit était bon; sans les douleurs que la nourriture causait, elle aurait désiré manger; elle s'en privait parce qu'elle était mieux à jeun. Cette malade avait la peau rude, terne, pâle; son humeur était irascible, sa maigreur avancée. Le diagnostic étant bien précis, on s'était borné à un traitement tout diététique. Elle prenait de la nourriture en très-petite quantité, et plus souvent elle mâchait longtemps ses aliments. A l'intérieur,

M. Huss lui donnait le nitrate d'argent. Son état s'était amélioré, lorsqu'elle fut prise de convulsions à la suite de l'effroi que lui causa la mort de sa voisine de salle, et elle succomba le troisième jour. A l'autopsie on a trouvé dans l'œsophage les altérations suivantes. A un pouce au-dessous du pharynx commence la dilatation, qui va en augmentant peu à peu jusqu'au cardia, où il y a comme un sac formé du côté gauche. La longueur de la dilatation est de 8 pouces 1/2. La circonférence de l'œsophage au-dessus de la dilatation est de 1 pouce; à la partie moyenne de la dilatation, le diamètre est de 2 pouces 5 lignes, et au fond du sac il est de 2 pouces 8 lignes 1/2. La circonférence au cardia n'est que de 10 lignes. La substance musculaire de la partie dilatée de l'œsophage n'est pas changée; elle est seulement un peu plus molle, mais pas en proportion de la dilatation. Le cardia ne présente aucune altération organique des tissus. L'orifice, quoique un peu rétréci, a pourtant conservé sa souplesse et son élasticité. L'estomac est à l'état sain; sa capacité est seulement diminuée. — Une seule réflexion. C'est que cette dilatation de l'œsophage n'ayant pas pour origine le rétrécissement du cardia, elle ne peut avoir pour cause primitive qu'un état de spasme souvent répété de cet orifice chez cette femme fortement hystérique, chez laquelle les accès souvent répétés commençaient par de la cardialgie, accompagnée de la boule hystérique montant du cardia le long de l'œsophage. (*Gaz. méd. de Paris*, février 1813).

**PHTHISIE PULMONAIRE** (*Influence du climat de Nice sur la*). Ce quelqu'un qui a plus d'esprit que celui qui en a le plus, tout le monde, se tromperait-il sur l'influence du climat de Nice dans les maladies de poitrine? Et si réellement ce beau ciel, ce doux climat, cette molle et chaude brise, le parfum de ses fleurs, l'arôme de son lait nourrissant, la douceur de son air tiède, n'avaient aucune action bienfaisante sur ces organes que le tubercule creuse et dévore sous les froides brumes du Nord, tous les ans depuis des siècles Nice verrait-elle affluer dans ses murs une cohorte impotente et malade? Certes cela répugne au sens commun; il faut qu'il y ait quelque chose de fondé dans cet empressé-

ment général, et ce quelque chose, il appartenait à la science de le rechercher. M. le docteur Nandot s'est donné cette mission; par l'examen de l'air, de l'eau et des lieux, c'est-à-dire par cette antique méthode hippocratique, décorée du nom moderne de topographie, il a démontré scientifiquement les favorables influences du climat de Nice, qu'il avait déjà constatées expérimentalement par un long séjour. M. Nandot est intimement convaincu que la phthisie guérit souvent à Nice, et qu'elle y guérirait bien plus souvent encore si, dès les premières atteintes du mal, les phthisiques venaient s'abriter derrière ses côtes salubres. (*Influence du climat de Nice*, par Nandot, hroch. in-8°.)

**POLYPE UTÉRIN** (*Expulsion spontanée d'un*). Quelque nombreux et variés que soient les faits qui constituent l'histoire des polypes de l'utérus, il n'est pas rare d'en voir éclore chaque jour que l'observation n'avait pas encore constatés ou qui avaient échappé à la sagacité des praticiens. C'est parmi ces derniers qu'il faut ranger celui que M. Marchal, de Calvi, a soumis à l'Académie de médecine dans sa séance du 2 février. — Une dame âgée de 48 ans, ayant eu plusieurs enfants, était affectée de métrorrhagies abondantes avec douleurs lombaires et pesanteur dans le bassin. On la supposait affectée d'un engorgement inflammatoire, et, traitée d'après ce diagnostic, un jour que cette dame chauffait elle-même l'eau d'un bain à l'aide d'un fort cylindre, elle sentit, en soulevant ce dernier, s'échapper quelque chose de ses parties génitales et s'écarter, après avoir examiné l'objet, qu'elle venait de faire un cœur de volaille. Il s'écoula une petite quantité de sang, et la malade fut dès ce moment radicalement guérie. Le polype a effectivement de la ressemblance avec le cœur d'une grosse volaille : lisse partout, il donne, dès le premier coup d'œil, l'idée de la surface externe de l'utérus, il offre un corps et un pédicule. Celui-ci est lisse d'un côté et déchiré de l'autre. Par cette petite surface déchirée s'explique le mécanisme de la séparation violente du polype.

Ce polype est, suivant M. Marchal, formé par le tissu même de la matrice dont il serait un prolongement pédiculé. Deux petits foyers san-

guins existent dans l'épaisseur de cette production.

M. Marchal insiste sur la distinction qu'il faut admettre entre le cas en question, dans lequel le polype a été expulsé violemment par l'utérus, et ceux déjà bien connus qui ont montré ce produit anormal détaché par ulcération et non par rupture. C'est sous ce rapport seulement que ce fait paraît mériter de fixer l'attention de l'Académie. (*Académie de médéc.*, séance du 2 février 1843).

**SPECULUM** (*Sur les*) en général et sur un nouveau speculum en particulier. Quel est le meilleur speculum? Tous les praticiens assurement, au début de leur carrière, se sont fait cette question. Avec l'auteur de l'article qui nous fournit le motif de celui-ci, nous répondrons que le meilleur est celui dont on se sert le mieux. Aussi les inventions qui surgissent de temps à autre sur ce sujet nous trouvent peu disposés pour l'enthousiasme, bien convaincu que nous sommes qu'un bon praticien, avec un speculum défectueux, arrivera à de tout autres résultats qu'un médecin inexpérimenté avec l'instrument le plus ingénieux. De cette réserve nous ne nous départirons pas même à l'occasion du nouveau speculum que vient de proposer M. Récamier, lequel a d'ailleurs été l'objet de critiques fort justes et parfaitement fondées. Tous les praticiens savent, en effet, que les difficultés de l'introduction de cet instrument, que les douleurs qu'il occasionne, ont leur siège à l'anneau vulvaire. De là sont nées toutes les modifications apportées aux divers speculum, soit pleins, soit à valves. Eh bien! M. Récamier se foudant sur la prétendue nécessité d'une pénétration facile d'une plus grande abondance de lumière, vient de proposer un speculum au moyen duquel l'entrée de la vulve est infiniment plus développée que dans les autres. Par les motifs indiqués plus haut, par d'autres encore pris dans la considération de l'amour-propre des femmes qu'il faut savoir ménager, nous ne croyons pas que cette invention de M. Récamier soit une idée heureuse.

Malgré notre profession de foi sur l'emploi des divers speculum, nous adoptons cependant, en règle générale, comme justes et fondés les principes suivants. Chez les jeunes

femmes, chez les jeunes filles, l'emploi du speculum bivalve, et notamment de celui de M. Jobert, qui s'écartere par son extrémité utérine pendant que son extrémité vulvaire reste immobile, doit être préféré. Chez les femmes multipares, qui ont habituellement l'anneau vulvaire dilaté, la forme et le mode de dilatation de l'instrument importent assez peu. Toutes les fois que l'on veut porter des topiques, pratiquer des injections sur ou dans l'utérus, catériser légèrement le col, le speculum bivalve suffit. On doit au contraire, et pour des raisons que tout le monde comprendra, préférer le speculum plein quand on veut appliquer des sangsues sur le col ou le scarifier avec un caustique énergique, tel que le caustique de Vienne ou la potasse, qui pourraient lésier le vagin si on ne le protégeait de toutes parts. Quand il s'agit de pratiquer des opérations sur le col de l'utérus, et surtout des opérations avec les instruments tranchants, comme alors la condition essentielle est d'avoir le plus de place possible pour rendre l'opération d'autant moins difficile, il faut nécessairement employer le speculum capables de produire la plus grande dilatation.

Du reste, quant au manuel opératoire relatif à l'application du speculum, dont les auteurs ont fait un grand étalage, nous croyons que la seule règle est la suivante. Pour arriver sûrement sur le col, il faut avoir soin que la ligne formée par le contact des deux parois du vagin se trouve toujours au centre de l'ouverture du speculum. En suivant cette ligne, on arrive nécessairement au centre du fond du vagin, c'est-à-dire sur le col. Lorsque celui-ci est dévié à droite ou à gauche, en avant ou en arrière, on le trouve toujours facilement en faisant basculer l'instrument en différents sens et en le retirant un peu à soi si la bascule pure et simple ne suffit pas. *Gaz. des hôp.*, février 1843.)

**STOMATITE MERCURIELLE.** Du traitement de la par les bains de vap. ur. Les médications dirigées contre cette affection sont fort nombreuses; mais les praticiens savent qu'elles ne sont pas toujours efficaces et qu'il est souvent fort difficile de guérir cette maladie douloureuse et dégoûtante. M. Chomel, il y a longtemps, a proposé les bains de vapeur;

mais ils ne lui ont pas rendu tous les services qu'il en attendait. Cependant il n'en a pas abandonné complètement l'usage, et il vient de les employer avec succès sur une femme de 26 ans, doreuse sur cuivre et qui a été prise de stomatite mercurielle par suite des travaux de sa profession, dans laquelle, comme on le sait, on est exposé aux émanations du mercure. L'affection durait depuis douze jours. La muqueuse buccale était gonflée et d'une couleur violacée; les gencives, tuméfiées, présentaient des saillies, des crêtes, étaient très-dououreuses à la pression. Le moindre mouvement des mâchoires déterminait une vive douleur; enfin une salive épaisse et filante s'écoulait en abondance de la bouche. La malade, en outre, était atteinte de diarrhée, ce qui empêcha M. Chomel d'employer chez elle les purgatifs, dont il s'est bien trouvé dans d'autres circonstances. Il eut recours aux bains de vapeur et aux collutoires astringents, et ce traitement, continué pendant dix-sept jours, a produit une guérison complète. (*Gaz. des Hôp.*, février 1843.)

**TOUX** (Sur un moyen simple de prévenir ou d'arrêter la) dans certaines maladies. Nous n'ajoutons qu'une importance fort secondaire au moyen dont il va être question; mais il nous frappe par sa nouveauté et par sa singularité. L'auteur qui nous l'indique est du reste un jeune chirurgien de mérite, et comme il trouve une grande valeur à sa découverte, nous lui devons de la signaler, afin qu'elle porte tous les fruits dont elle est susceptible.

M. Diday établit d'abord une proposition que plusieurs confrères trouveront, comme nous, plus que contestable. Voici cette proposition :

« Il est toujours possible, quand on s'y prend dès le commencement du mal, d'empêcher la toux par un acte énergique et soutenu de la volonté. »

Or, c'est cette volonté mise en œuvre avec courage et persévérance pour s'opposer au besoin de tousser qui fait la base du traitement nouveau de M. Diday. Mais comme l'exercice de cet acte de la volonté exige une contention pénible assez douloureuse; que tous n'ont pas la force nécessaire pour l'accomplir avec succès et surtout d'une manière suffisamment prolongée, il fournit un



moyen qui, dit-il, vient puissamment en aide à la volonté et lui épargne une partie de la fatigue en rendant son office moins indispensable. Ce moyen ou cette pratique consiste :

« A frictionner du bout du doigt vivement et même avec une certaine rudesse, soit le bord libre des paupières, soit le bout du nez, soit le bord des lèvres préalablement contractées, dès l'instant où l'on éprouve la première sensation du besoin de tousser. »

A l'aide de cette méthode combinée, M. Diday, soit sur lui-même, soit sur un grand nombre d'autres personnes, est, dit-il, parvenu à prévenir le développement de la toux. Il affirme qu'en s'adressant à un rhume commençant, à une toux récente, on parvient à en arrêter les accès et à terminer en quelques jours une maladie qui aurait pu résister des semaines ou des mois entiers. Compté une première fois par la volonté, le besoin de tousser reparait; mais il ne reparait qu'affaibli; plus on est parvenu d'abord à le

maîtriser complètement, plus il diminue au second accès. Il est important d'ajouter que ce n'est qu'au début des affections inflammatoires que l'action de la volonté et son adjuvant les frictions pourront être utilisés avec avantage. Une toux opiniâtre et ancienne, une affection spasmodique invétérée, n'en retireraient guère de soulagement, même dans la première période des bronchites. Il faudra soigneusement distinguer la toux résultant d'une simple irritation nerveuse d'avec celle qu'entretient la présence d'un produit de sécrétion à expectorer. Dans ce dernier cas, le moyen serait impuissant. Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier les préceptes de M. Diday. Nous ne terminerons pas sans dire qu'il donne aussi les frictions vives sur le bord libre des paupières, l'extrémité du nez ou le bord des lèvres avec le bout du doigt comme un moyen sûr d'arrêter ou de prévenir l'éternement. Chacun pourra aisément répéter l'expérience. (*Gazette médic. de Paris*, février 1813.)

## VARIÉTÉS.

Si les Baillou, les Fernel, les Duret; si toutes les grandes illustrations des anciennes écoles de Paris et de Montpellier avaient pu prévoir qu'un jour les médecins, leurs successeurs, non-seulement laisseraient perdre une à une toutes leurs prérogatives, se laisseraient dépouiller de leurs nobles privilèges, avec tant de peine obtenus des rois et sauvés des parlements; mais encore que leur belle profession, libérale s'il en fut, entourée de tant d'estime et de respect par la grande société des seizième, dix-septième et dix-huitième siècles, malgré Montaigne, malgré Molière, malgré Jean-Jacques; que cette profession, assimilée au plus infime commerce, serait assujettie à la patente, et que de nos jours le médecin serait placé dans l'estime du fisc beaucoup moins haut que le banquier, un peu plus bas que l'épicier; nos prédécesseurs auraient pu croire à une décadence de l'art ou de la science, et soupçonner dans leurs ministres quelque cause de déconsidération. Grâce à Dieu, il n'en est rien. La législation qui nous régit à cet égard, œuvre d'une époque où plus rien n'existait, ni hommes ni choses, de nos antiques traditions, a pu s'établir dans un temps où il fallait faire entre le passé et le présent une large solution de continuité, où toutes nos institutions avaient été détrui-

tes, et où les ministres de notre art n'étaient représentés que par des hommes qui s'improvisaient médecins comme on peut aujourd'hui s'improviser marchand. Mais que cette législation ait pu se maintenir pendant presque un demi-siècle; qu'aujourd'hui encore le gouvernement la propose au parlement avec des circonstances aggravantes, voilà ce qui ne peut se concevoir, voilà ce qui inquiète à juste raison le corps médical, et ce qui le préoccupe en ce moment. Nous croyons que cette injustice de la loi à notre égard n'a duré aussi longtemps que parce que nos plaintes générales mais isolées ont jusqu'ici manqué d'un centre où elles auraient pu toutes converger. De toutes nos institutions à qui appartiendrait le droit d'initiative pour demander la suppression de la patente, une seule, la presse, a constamment combattu pour cette cause, et, quel que soit son pouvoir, il n'est pas assez grand pour influencer le parlement. Une manifestation générale, provoquée et soutenue par une de nos institutions les mieux accréditées, serait, il nous semble, en ce moment très-opportune. Déjà un journal a émis le vœu que l'Académie de médecine se mît à la tête de ce mouvement. Cette idée nous paraît juste, et nous l'appuyons. Nous croyons en effet qu'un projet de pétition formulé par l'Académie réunirait l'assentiment unanime, et serait bientôt couvert d'innombrables signatures. Nous désirons sincèrement que cette honorable Compagnie accepte la mission dont nous voudrions la voir investie; c'est à notre sens le seul moyen d'obtenir une réparation envers la dignité de notre corps, réparation qui, pour être tardive, n'en serait pas moins bien accueillie.

— L'attention publique est aussi vivement attirée vers les nombreuses candidatures qui se disputent, à l'Académie des sciences, le fauteuil que Larrey a laissé vacant. Quinze candidats ont affronté cette lutte d'où un seul doit sortir vainqueur; et quoique cette candidature ait duré six mois, quoique la section ait fait son rapport et sa liste de présentation, il serait impossible de dire, au moment où nous écrivons ces lignes, quel est le nom qui sortira de l'urne du scrutin. Jamais, de mémoire d'académicien, candidature n'a été plus chaudement disputée, jamais aussi le choix des juges ne fut plus embarrassant. Une circonstance toute particulière d'ailleurs est venue compliquer les choses. Parmi les concurrents s'en trouvaient plusieurs qui, par leurs écrits ou leur pratique, se sont fait une place tout à fait à part parmi les médecins, qui les ont désignés par le nom de spécialistes. Malgré des titres fort sérieux et réels, la section n'a pas voulu introduire un seul de ces spécialistes dans sa liste. Mais dans le comité secret, des membres éminents de l'Académie ont chaudement réclamé contre cette exclusion, et notamment contre celle de l'inventeur de la lithotritie, qui leur a paru injuste. Nous ne savons

pas encore si la liste de présentation en sera modifiée ; dans tous les cas, la voici telle qu'elle circule dans le public : 1<sup>o</sup> M. Lallemant ; 2<sup>o</sup> M. Lisfranc ; 3<sup>o</sup> M. Ribes ; 4<sup>o</sup> MM. Velpeau et Gerdy, *ex æquo* ; 5<sup>o</sup> MM. Annusat, Bégin et Jobert (de Lamballe). Ces trois derniers *ex æquo* suivant les uns, dans l'ordre de mérite indiqué par leur place suivant les autres. Comme toutes les choses de ce monde, cette liste a donné lieu à de nombreux commentaires, à de vives critiques et à de chaudes approbations. Nous dirons cependant que l'impression la plus générale a été l'étonnement sur le premier nom qui y figure. L'opinion publique, en effet, ne peut trouver dans les travaux de ce candidat un mérite tellement supérieur que la commission ait dû lui sacrifier les chirurgiens éminents dont Paris s'enorgueillit, et qu'elle a placés dans un rang inférieur. Nous connaissons bien les motifs de cette préférence inméritée, mais nous voulons pieusement jeter un voile sur des faiblesses et des erreurs dont d'ailleurs il faut espérer que l'Académie fera justice.

— Les académies sont grosses de discussions importantes. A l'Institut MM. Dumas, Boussingault et Payen, à propos de l'engraissement des bestiaux et des sources de la graisse, ont soulevé une des questions les plus capitales de la physiologie, c'est-à-dire de la nutrition. D'après ces savants, rien ne serait plus simple que l'explication des sources de la graisse ; les animaux herbivores la trouvent toute formée dans les plantes qui les nourrissent ; ils la mangent en nature, ils l'absorbent en nature, elle vient se déposer en nature dans les réservoirs qui la contiennent. Le foin, la paille, les betteraves, etc., renferment toutes les matières grasses que l'on retrouve dans les animaux. On conçoit qu'une opinion aussi *arancée*, pour nous servir d'une expression consacrée, n'ait pu se produire dans le monde savant sans y exciter la plus grande surprise, et aussi de vives contradictions. On a un peu oublié, il est vrai, que Tiedmann et Gmelin ont soutenu la même thèse il y a quelque vingt ans, et l'opinion des savants français a inspiré l'intérêt et la surprise d'une nouveauté parfaitement nouvelle. Nous avons parlé d'opposition ; elle a surgi d'un côté d'où on ne l'attendait guère, de la part du physiologiste qui a le plus contribué à jeter la physiologie dans la voie, selon nous bien dangereuse, de la seule expérimentation physique et chimique. Mais M. Magendie recule aujourd'hui épouvanté devant des applications aussi hardies de ses principes. D'accord avec M. Liebig, qui fait une rude guerre aux savants français, il s'est posé en adversaire décidé des nouvelles doctrines. En attendant le jour de la lutte, qui ne peut tarder, il a présenté quelques objections de détail qui sont parfaitement d'accord avec celles de M. Liebig. Nous exposerons à nos lecteurs succinctement les points principaux et les résultats de cette discussion

qui se prépare. Disons d'avance que nous reconnaissons un grand danger à voir agiter de telles questions par des chimistes purs, dont la tendance à ramener tous les phénomènes physiologiques à de simples opérations de laboratoire est bien connue. Toute physiologie basée seulement sur les lois de la physique et de la chimie est nécessairement frappée de stérilité. Les grands phénomènes de la vie ne trouveront jamais leur explication au fond d'un verre à réactif, et quoi que vous fassiez, avec la plus parfaite connaissance des principes qui entrent dans leur composition, vous ne produirez jamais une goutte de chyle, un globule de sang. Cette sublime et mystérieuse influence

Qui fait battre mon cœur et penser mon cerveau

échappera éternellement aux investigations toutes matérielles du physicien. Qu'on nous dise que les végétaux contiennent les matières grasses des animaux, nous le voulons bien, puisqu'il faut qu'elles viennent d'une source quelconque. Mais le diamant aussi se trouve dans le noir de fumée : cherchez donc à l'en extraire.

— A l'Académie de médecine, la discussion qui se prépare est d'un ordre moins élevé et plus immédiatement applicable à nos travaux de tous les jours. On sait que la méthode sous-cutanée dans certaines opérations a principalement pour but d'empêcher l'introduction de l'air dans les plaies, auquel on attribue de graves accidents. Or, voici M. Malgaigne qui arrive avec de nombreuses expériences faites sur les animaux pour démontrer que l'influence de l'air, si redoutée, est à peu près nulle. On comprend que l'inventeur de la méthode sous-cutanée n'a pu laisser passer sans souci cette grave objection ; aussi a-t-il promis une réponse qui déterminera probablement une discussion aussi longue que celle sur la ténatomie. Faisons des vœux pour qu'il en sorte quelque chose de plus clair.

— A la Faculté, rien de nouveau, si ce n'est la quasi-retraite de M. Dumeril, qui abandonne sa chaire à un agrégé. Nous aurions beaucoup à dire sur l'état actuel de l'enseignement dans la Faculté de Paris. L'espace nous manque aujourd'hui. Nous reviendrons sur ce sujet.



## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'HYDROSUPATHIE. — EXPOSITION ET APPRÉCIATION THÉORIQUE  
ET PRATIQUE DE CETTE NOUVELLE MÉTHODE.

(Deuxième article.)

Dans notre précédent article nous avons exposé tous les procédés de l'hydrosupathie ; essayons maintenant d'apprécier théoriquement sa valeur thérapeutique. Nous terminerons par l'examen des faits et par l'exposé de quelques recherches qui nous sont personnelles.

Les agents employés sont le froid et l'eau ; le froid dont l'emploi a été préconisé par tant de praticiens , et réglé dans de nombreux ouvrages dont plusieurs sont justement estimés ; le froid qui , selon la manière dont il est administré, peut agir comme révulsif, comme tonique, comme calmant, et enfin comme moyen perturbateur. — L'eau qui, employée comme seule tisane, n'empêchera probablement jamais les efforts médicamenteux de la nature , mais dans bien des cas ne les favorisera pas ; l'eau qui peut agir par sa température , mais dont l'action doit être souvent modifiée par ses qualités chimiques.

Expliquons maintenant comment l'action du froid sur notre économie peut offrir tant de différences. — Quand on applique un corps froid à la surface de notre corps , l'impression que nous en ressentons est d'autant plus pénible que sa température est plus basse, et dans certaines conditions, la soustraction du calorique est si rapide, que nous ressentons une douleur aussi vive que celle d'une brûlure , et qu'il se développe souvent des phlicènes. Le calorique étant un tonique, un excitant par excellence , on exerce une action calmante quand on en soustrait à notre économie des quantités plus ou moins considérables, phénomène toujours produit par l'application d'un corps froid, soit solide, soit liquide, soit gazeux , et, dans un grand nombre de cas, le choix de l'eau n'est qu'une question de commodité. Mais le froid exerce une autre action encore opposée à celle de la chaleur, qui dilate tous les corps de la nature ; le froid les contracte. Il arrive donc, quand on applique de l'eau froide à la surface du corps (puisque l'on fait généralement choix de l'eau à cause de la facilité qu'elle offre pour son application), que la peau est péniblement impressionnée ; que ses pores, ainsi que les vaisseaux sous-cutanés, se resserrent et chassent vers l'intérieur les fluides

des qu'ils renferment ; de sorte que le sang, cet agent important de notre existence, se retire dans les organes les plus profonds, où la chaleur vitale, où la vie se concentrent. Mais si le froid continue son action, si elle est telle qu'il enlève sans cesse à notre organisme des quantités de calorique plus grandes que celles qu'il peut produire, l'abaissement de température gagne de proche en proche les organes les mieux défendus contre ses atteintes ; le sang, ayant perdu sa propre chaleur, n'excite plus le cerveau, qui, manquant à son tour d'une des principales conditions qui entretiennent son action, n'excite plus le cœur, dont les battements se ralentissent pour bientôt s'arrêter, et l'individu, ainsi soumis à l'action prolongée du froid, voit tous ses organes cesser un à un, de la circonférence au centre, de fonctionner ; de telle sorte que la mort arrive sans angoisse, sans presque de douleur ; mais arrive infailliblement. Le froid donc est un calmant, le plus puissant des calmants, puisqu'il calme jusqu'à anéantir les qualités fonctionnelles de tous nos organes. Comment se fait-il donc que, dans certaines circonstances, dans certaines conditions, le froid agisse comme tonique, comme révulsif ? C'est ce que nous allons essayer d'expliquer le plus clairement possible.

Par une admirable prévision, la nature a placé en nous une puissance conservatrice réagissant sans cesse contre toutes les causes de destruction qui nous entourent de toutes parts, et, sans nous soustraire absolument à l'action des agents physiques au milieu desquels nous vivons, elle nous a donné les moyens de résister à leurs efforts désorganisateurs. Est-ce le feu qu'on applique sur un des points de notre économie, de suite des liquides y abondent, parce que, mauvais conducteurs du calorique, ils préservent les parties plus profondes, et que leur évaporation, qui ne peut se faire que par leur combinaison avec le calorique, diminue sa quantité et son intensité. Est-ce le froid, les liquides vivificateurs fuient devant son approche, mais pour se reporter avec plus d'énergie vers les parties qu'il a atteintes sitôt qu'il a suspendu son action ; aussi voit-on ces parties rouges se tuméfier et acquérir une température plus élevée que celle normale. C'est bien là une action révulsive ; cette action révulsive, quand elle est souvent répétée, devient tonique. Et quelle puissance ne doit-il point y avoir dans une action révulsive exercée sur toute l'étendue de la peau ! quels avantages ne doit-il point y avoir à tonifier un organe qui a un si grand développement, et qui a des rapports si intimes, des sympathies si nombreuses avec tous les organes renfermés dans notre intérieur ! Et puis, par cette action révulsive, qui s'accompagne d'une élévation de température, on ouvre les pores de la peau ; en augmentant sa tonicité, on la dispose à mieux

faire ses fonctions ; fonctions si importantes, que leur suspension entraîne toujours un dérangement plus ou moins profond dans la santé, une perturbation plus ou moins générale dans l'action des organes les plus essentiels à la vie, et que leur rétablissement fait renaître l'équilibre, et leur exagération débarrasse l'économie de certains principes délétères qui sont considérés comme causes de maladies chroniques souvent fort graves.

Ainsi l'application momentanée de l'eau froide à la surface du corps agit comme révulsive, comme tonique par la réaction qui succède à cette application ; mais si on prolonge cette application, elle agit comme antiphlogistique et comme calmant. Il ne faut pas perdre de vue que la réaction sera d'autant plus violente que l'eau aura été plus froide et son application plus prolongée ; de telle sorte que lorsqu'on veut obtenir de l'application de l'eau froide une action antiphlogistique et calmante, il faut prolonger son application assez de temps pour qu'il n'y ait point de réaction, ou que du moins elle soit fort faible ; et on évitera cette réaction en employant de l'eau qui ne soit pas trop froide, car il faut bien qu'on se rappelle qu'il suffit, pour nous soustraire du calorique, d'employer de l'eau dont la température soit moindre que notre température propre.

Nous allons essayer de mieux encore exposer notre pensée par des faits puisés dans notre pratique, et nous prendrons pour exemple l'action des bains de siège, ce qui nous fournira l'occasion de démontrer combien les hydrosuppathes agissent aveuglément dans l'usage immodéré qu'ils font de ce moyen, et combien ils doivent se tromper souvent dans les résultats qu'ils en attendent. — Nous venons de conseiller presque simultanément, à trois femmes, l'usage des bains de siège pris avec de l'eau de 10 à 20 degrés centigrades : 1<sup>o</sup> à une jeune fille de 20 à 22 ans, trop peu abondamment menstruée ; 2<sup>o</sup> à une jeune femme de 26 à 28 ans, atteinte d'une métrite aiguë ; 3<sup>o</sup> à une dame de 44 à 46 ans, éprouvant ces pertes qu'on rencontre si fréquemment chez les femmes qui sont sur le point de perdre. — Pour la jeune fille, nous avons recommandé que ces bains fussent pris avec de l'eau aussi froide que possible (10 à 12 degrés, comme la fournissent les puits), qu'ils n'aient jamais une durée de plus de cinq minutes, et que pendant toute la durée du bain on lui frictionnât la région lombaire, l'hypogastre, les cuisses et les fesses, et qu'à la sortie du bain, sitôt bien essuyée, elle marchât pendant un quart d'heure environ. C'est bien là le bain de siège révulsif conseillé dans le but de faire affluer le sang vers l'utérus ; résultat qui paraît avoir été déjà en partie atteint. puisque voici deux époques

qui ont été signalées par une plus grande abondance de sang perdu à chacune, et que des maux de tête violents auxquels était sujette cette jeune personne sont notablement diminués. — Chez la jeune femme, les bains de siège ont été conseillés dans le but d'éteindre un état inflammatoire marqué d'un organe important; aussi avons-nous recommandé que ces bains fussent pris à 18 degrés, et prolongés pendant trois quarts d'heure à une heure, et que l'eau fût sans cesse refroidie au fur et à mesure qu'elle se réchauffait au contact du corps, afin qu'elle fût toujours à la même température. A la sortie du bain, elle devait s'essuyer négligemment et observer un profond repos. Le succès a été complet, et cette femme est aujourd'hui guérie. Nous devons cependant dire que la cure a été favorisée par plusieurs petites saignées révulsives et par l'usage de pilules de ciguë. — Dans le troisième cas, où il y avait turgescence, engorgement de l'utérus (sans douleur, sans que cet état pût être considéré comme un état inflammatoire), les bains de siège, qui ont été pris de la même façon que dans le second cas, mais plus froids, ont eu un mode d'action que nous avons signalé en expliquant l'action du froid à l'égard des fluides et du sang surtout. Nous avons dit qu'alors les fluides quittaient les organes qui ressentaient l'impression du froid, et qu'ils étaient refoulés vers d'autres organes. Cet effet a été très-marqué chez la malade dont il est question, et chaque fois qu'elle sortait de son bain, elle avait une oppression et une céphalalgie d'autant plus violentes qu'elle était demeurée plus longtemps dans son bain et qu'elle l'avait pris à une température plus basse. Dans ce dernier cas, les bains de siège froids ont procuré le résultat désiré, c'est-à-dire qu'ils ont arrêté la perte qui durait depuis deux mois et demi, et que, dans un dernier examen que j'ai fait de la malade, j'ai reconnu que l'engorgement de l'utérus était dissipé. Je dois dire que pendant ce traitement j'ai appliqué de nombreuses ventouses dans le dos; mais je dois ajouter que j'avais déjà employé ce moyen sans succès chez la même personne, et que chez d'autres malades la cure s'est beaucoup fait attendre et n'a été que difficilement obtenue.

Nous devons signaler encore la théorie donnée par M. le docteur Robert Latour, de l'action curative des bains de siège froids prolongés dans certains cas de céphalalgie. Ce médecin prétend que la douleur de tête cesse, parce que le sang qui circule dans les vaisseaux inter-cérébraux a diminué de volume par suite de l'action coarctante du froid, et qu'il distend par conséquent moins ces mêmes vaisseaux. Cette explication n'est sans doute pas sans quelque valeur; mais l'abaissement que le sang doit éprouver en même temps dans sa température doit avoir aussi



une action favorable et calmante. Du reste, dans l'une comme dans l'autre hypothèse, on ne peut attribuer au bain de siège prolongé aucune action révulsive.

Il n'en est pas de même de l'action révulsive des pédiluves froids; elle nous est pleinement démontrée par une circonstance qui nous est personnelle. Il y a longtemps que nous avons dû renoncer à nous laver le visage avec de l'eau très-froide (moins de 15 degrés centigr.), parce qu'après cette lotion qu'exige la propreté, la face devenait éramoisie, et que nous ressentions une céphalalgie quelquefois assez vive. Depuis quelque temps nous avons essayé de ces mêmes lotions pour les pieds; mais nous avons été forcé de revenir à celles pratiquées avec l'eau tiède, parce que celles à l'eau froide nous ont rendu les pieds excessivement sensibles, et y ont établi le siège de douleurs fort vives, et que nous savons être de nature rhumatismale. Ces symptômes ont diminué d'intensité depuis que nous avons renoncé à ces lotions.

Tous les bains locaux conseillés dans le traitement par l'hydrosupathie ont un mode d'action analogue; ils sont révulsifs quand ils sont courts, mais ils deviennent calmants si l'on prolonge leur durée. C'est ainsi qu'ils agissent dans le traitement de l'entorse, où leur action est favorisée par le massage, si elle a lieu immédiatement après l'accident. C'est encore comme calmants, comme antiphlogistiques, comme soustrayant du calorique, qu'ils agissent dans le traitement de la brûlure. Dans ce dernier cas, l'action favorable du froid est si marquée, qu'on voit la douleur renaître au fur et à mesure que l'eau du bain se réchauffe.

Le bain froid prolongé n'est pas le seul moyen qu'on puisse mettre en usage pour soustraire du calorique à notre économie; il en existe d'autres employés aussi par les hydrosupathes, et qui n'ont pas, comme les bains froids, l'inconvénient que nous avons signalé plus haut de refouler les liquides vers les organes intérieurs; ce sont les bains par irrigation, le bain de pluie; c'est encore d'exposer le corps mouillé à l'action de l'air ambiant. Par ces divers modes d'application de l'eau, le calorique est soustrait de deux façons, par le contact d'un corps d'une température moindre que celle de l'enveloppe cutanée, et plus encore peut-être par l'évaporation qui se fait à la surface de notre corps; car tout le monde sait que l'eau ne peut passer à l'état de vapeur qu'en se combinant avec le calorique qu'elle emprunte alors à tous les corps environnants. Dans cette condition, qui permet le contact simultané de l'eau et de l'air, ce qui n'a pas lieu dans le bain par immersion prolongée, ainsi que dans celle du corps mouillé exposé à l'action de l'air ambiant, il y a soustraction et soustraction rapide de grandes quantités

de calorique; c'est ce qui explique pourquoi la douche laisse après elle un sentiment de froid si difficile à dissiper, pourquoi on s'enrhume si facilement à la sortie du bain. Quand nous parlerons plus spécialement des applications thérapeutiques de l'hydrosupathie, nous signalerons tous les avantages qu'on peut retirer du bain de pluie, du bain par aspersion et par irrigation.

On se rappelle que nous avons parlé d'applications locales de l'eau froide faites selon certaines règles que nous avons soigneusement exposées. Les médecins hydrosupathes attribuent à ces compresses imbibées, selon qu'elles sont rigoureusement recouvertes d'une autre compresse sèche, ou que le linge mouillé reste exposé à l'air, une action calmante ou une action révulsive qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, serait plus marquée que celle du vésicatoire, moins la vésication que ces applications ne peuvent jamais produire. Sans doute, dans la dernière condition, l'eau en s'évaporant soustrait du calorique aux parties sous-jacentes, et il peut y avoir là une action calmante, sédative, qu'on augmentera si ces compresses sont fréquemment renouvelées, et si elles sont imprégnées d'une eau très-froide. Dans le second cas, il peut y avoir une légère révulsion qui suit l'application de la compresse froide, révulsion qui favoriserait les mouvements critiques locaux, dont nous allons bientôt parler. A vrai dire, ces compresses mouillées doivent agir comme adoucissantes, comme émollientes, en favorisant l'absorption de l'eau par leur mode d'application. Considérées sous ce dernier point de vue, elles peuvent avoir des avantages nombreux et incontestables, mais il faut dire aussi, connus depuis longtemps, et si connus, que je ne crois pas que les hydrosupathes puissent même revendiquer l'honneur de les avoir remises en lumière: je crains seulement qu'en les exagérant ils n'arrivent à faire négliger l'emploi d'autres moyens dont on n'aurait jamais pensé que les bons effets pussent être contestés. Pour notre compte, nous avons beaucoup employé depuis quelque temps les applications locales froides, et les résultats que nous avons obtenus ont été variés; quelquefois avantageux, ils ont été d'autres fois négatifs, et nous nous sommes vu obligé de revenir à des moyens plus usités. Notamment dans un cas de gastrite chez la fille du maire de notre arrondissement, nous avons dû conseiller l'usage des cataplasmes émollients, par suite de l'insuffisance de l'autre moyen. Une autre fois ces applications de compresses mouillées avaient paru calmer des douleurs horriblement violentes, qui avaient leur siège dans un os frappé de carie; mais ces douleurs s'étant réveillées à quelque temps de là, l'eau froide n'y fit absolument rien, et le temps amena un soulagement qu'il eût sans doute procuré la première fois et sans le secours de l'eau.

Chez les malades soumis à un traitement complet par l'hydrosupathie, les applications de compresses mouillées excitent des sueurs locales qui sont quelquefois d'une extrême abondance, et auxquelles les partisans de la méthode attachent (et, je le dirai franchement, avec raison), une grande importance. Ces sueurs sont sans doute des crises locales excitées par l'état particulier dans lequel la peau est mise par le traitement, et favorisées *en un lieu d'élection* par la compresse mouillée, recouverte elle-même d'un triple ou quadruple linge sec; disposition qui, en entretenant sur la partie une chaleur moite, amène la sueur désirée. Que cette sueur entraîne avec elle certains principes morbides, nous voulons encore bien faire cette concession aux hydrosupathes qui le prétendent; mais qu'ils ajoutent que ces principes morbides, mêlés à la sueur, déterminent une putréfaction plus rapide de l'eau dans laquelle on lave ces linges, qu'ils offrent de prouver par une analyse chimique la présence matérielle de ces principes, nous leur dirons sans détour quo ce sont de ces choses que l'on peut dire aux gens du monde dont l'ignorance en médecine égale la crédulité. Sans doute dans la théorie des crises on admet, ainsi que nous l'avons dit, que les principes morbides sont chassés de notre économie avec la sueur critique; sans doute dans bien des circonstances ces sueurs critiques ont une odeur *sui generis*; mais l'analyse chimique, si elle en été faite, si elle pouvait en être faite, y dénoterait seulement la présence de quelques faibles proportions d'ammoniaque. Ces sueurs critiques, du reste, ne déterminent pas plutôt que toute autre sueur la putréfaction des eaux de lavage, car toute sueur, fût-elle fournie par la personne la plus saine, renfermant les mêmes principes excrémentitiels, principes éminemment putrescibles, détermine la putréfaction rapide de l'eau à laquelle elle sera mêlée.

Nous n'avons fait aucune difficulté pour convenir que dans une foule de cas l'eau froide, prise comme unique boisson et comme unique tisane, peut offrir d'immenses avantages et contribuer à la cure d'un grand nombre de maladies, procurer même absolument la cure de certaines, et nous citerons à l'appui de cette opinion M<sup>me</sup> la baronne de F., qui s'est radicalement guérie d'une gastralgie fort ancienne, qui avait résisté aux médications les plus puissantes conseillées et dirigées par les hommes les plus habiles, en ne buvant jamais à ses repas, comme en dehors de ses repas, que de l'eau; mais elle la boit légèrement tiède, et l'eau froide lui ferait mal et troublerait sa digestion. De ce qu'on peut retirer tant d'avantages de cette boisson si simple, de cette tisane si facile à se procurer, en faut-il conclure qu'il faut absolument proscrire le vin et comme boisson, et comme agent médical? Si telle est l'opinion des hydrosupathes, nous ne craignons pas de dire qu'elle est entachée

d'exagération et que souvent elle est erronée. Incontestablement le vin bu avec modération est rarement nuisible. Coupé avec de l'eau, c'est dans tout le midi de la France la boisson la plus usitée pour toutes les classes aisées de la société, et dans une foule de circonstances cette boisson peut devenir un médicament utile. Nous ferons une dernière observation en faveur du liquide proscrit par les hydrosupathes, c'est que les exemples de longévité sont communs dans les pays de vignobles. Enfin nous ne saurions trop nous élever contre le conseil donné par un médecin des hôpitaux, de *supprimer le vin comme régime habituel des malades*. Cette suppression pourrait sans doute s'opérer sans grands inconvénients pour un grand nombre d'individus de la classe aisée de la société, mais le vin est toujours utile, souvent essentiel aux vieillards de toutes les classes; il est essentiel aussi aux classes pauvres, aux convalescents surtout, qui ne peuvent s'en procurer et auxquels l'administration des hôpitaux ne fournit qu'une alimentation grossière et toujours d'une digestion difficile.

Il est un point de vue de la question que nous n'avons vu traiter dans aucun des auteurs (et le nombre en est grand) qui ont écrit sur l'hydrosupathie, et que nous ne voulons pas négliger, c'est celui de la qualité des eaux mises en usage soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Les eaux employées à Gräfenberg sont fournies à l'établissement médical par plusieurs sources qui s'échappent des parties moyennes des montagnes voisines, et elles y sont amenées par des conduits qui ont 2,600 mètres de longueur. Ces eaux varient de température; celle-ci ne dépasse jamais 10° centigr. en été, et elle tombe quelquefois en hiver à 4° ou 3°, et même à 0°. Cette eau est évidemment fournie par la fonte des neiges ou des glaciers; ce sont donc des eaux parfaitement pures, mais mal aérées, à moins que les conduits qui les amènent, étant découverts, elles ne se chargent d'air atmosphérique dans le trajet. S'il n'en est point ainsi, ces eaux doivent être un peu lourdes et par conséquent plus difficiles à digérer; mais leur grande pureté doit offrir d'immenses avantages dans les applications extérieures, cette condition devant favoriser leur action dissolvante. Nous craignons que les eaux des puits de Paris et de tout le bassin dont cette ville occupe le centre n'offrent pas les mêmes avantages, à cause des sels calcaires dont elles sont chargées. Nous croyons savoir qu'employées à l'extérieur elles laissent sur la peau des malades un enduit assez difficile à enlever et qui résulte du mélange des produits de la transpiration avec les sels calcaires, combinaison qui doit amener la formation d'une espèce de savon insoluble dont la présence sur la peau peut gêner ses fonctions, et par conséquent entraver le traitement. On parerait à cet inconvénient en ne se servant que des eaux de la Seine ou

de pluie filtrées au filtre de sable et convenablement refroidies par leur séjour dans les caves.

Si l'on a suivi avec attention tout ce qui précède, on a dû comprendre que l'hydrosupathie, selon les modifications qu'on lui fait subir, offre des médications variées : ainsi elle peut agir comme médication adoucissante ou comme médication tonique ; c'est une méthode calmante ou une méthode excitante ; elle agit en refoulant les humeurs ou c'est un moyen révulsif puissant, et comme moyen révulsif elle devient méthode perturbatrice. Enfin, l'eau administrée en grande quantité à l'intérieur agit comme délayant, et son usage, en produisant, dans les conditions que nous avons exposées, des sueurs abondantes, réalise la méthode si vantée des crises.

Que de maladies doit guérir une méthode de traitement qui peut se modifier de tant de façons, qui peut agir sur notre organisme de tant de manières, quelquefois si opposées ! aussi le catalogue des maladies que les hydrosupathes prétendent guérir est-il vraiment effrayant. Et en effet, ne peut-on pas, en abondant dans leurs idées, s'écrier : Que de maladies ne peut-on pas guérir par le régime ; combien d'autres par l'exercice au grand air ; combien en excitant la peau et en produisant par suite des transpirations abondantes ; combien par un usage immodéré et soutenu de l'eau, cette base de toutes les boissons et de toutes les tisanes ; combien encore tantôt en excitant, tantôt en calmant la peau... Aussi, je le répète, le nombre des affections qu'on peut combattre avec quelques chances de succès par une méthode qui réunit tous ces modes d'action est-il fort considérable ; aussi le nombre de malades qui vont chaque année à Gräfenberg s'élève-t-il, dit-on, à plusieurs centaines, et les établissements fondés sur les mêmes bases et dans le même but se sont-ils d'année en année étonnement multipliés en Allemagne, l'Allemagne, qui a vu naître le magnétisme et l'homœopathie ! Quant à nous, qui dans toutes nos recherches avons toujours apporté cet esprit de doute qui ne se refuse cependant point à l'évidence, mais qui fait aussi que nous ne cherchons à convaincre les autres que lorsque nous sommes nous-mêmes profondément convaincu ; quant à nous, en admettant les innombrables succès de Prienitz, nous y trouvons plus d'une explication : l'action favorable de la méthode qui a une valeur incontestable ; l'influence du merveilleux que les esprits faibles y ont vu, et qui réagit si puissamment sur le moral des malades ; l'éloignement où ceux-ci se trouvent placés des lieux où ils vivaient, où ils avaient leurs affaires avec les soucis qu'elles entraînent, leurs affections avec les chagrins dont elles sont la source ; un genre de vie extrêmement régulier avec une sobriété forcée (car le luxe de la table ainsi que tout autre luxe sont impossibles

à Græfenberg); et puis l'air pur des lieux élevés, et l'exercice pris journellement dans cette atmosphère inconnue dans les grandes villes et dans leur voisinage. Aussi ce que nous avons à rechercher, nous particulièrement, c'est la valeur absolue, réelle de l'hydrosupathie; c'est d'apprécier quelle peut être son degré d'utilité quand on l'appliquera chez des malades qui resteront dans les conditions les plus usuelles de la vie.

S'il fallait, pour déterminer les maladies auxquelles l'hydrosupathie peut s'appliquer, s'en rapporter au jugement de ceux qui ont écrit sur ce sujet, on pourrait dire sans crainte que *toutes* sans exception peuvent être avantageusement combattues par cette méthode; aussi éprouvons-nous quelque embarras pour ramener à sa juste valeur cette prétention exorbitante. Passer en revue tout le cadre nosologique, nous entraînerait nécessairement plus loin que nous ne le voudrions, et nous ferait dépasser les limites que nous nous sommes imposées; cependant nous voulons essayer de jeter un coup d'œil rapide sur un certain nombre des maladies qui affligent l'espèce humaine, et montrer en peu de mots ce qu'on peut espérer de l'hydrosupathie pour le traitement de plusieurs d'entre elles. L'ordre dans lequel nous le ferons ne sera sans doute pas bien rigoureux, mais nous nous efforcerons de grouper les différentes sortes de maladies, les faits déjà acquis à la science, les analogies qu'on en peut déduire avec les réflexions qu'ils font naître, de telle façon qu'il en ressorte pour le lecteur des enseignements clairs et précis. Nous faciliterons ainsi à nos confrères l'application de la méthode de Prienitz, sur la valeur de laquelle on ne pourra pas tarder à être complètement édifié. C'est ce que nous entreprendrons dans un prochain et dernier article.

A. LEGRAND.

#### QUELQUES REMARQUES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE TUBERCULEUSE.

Si l'on faisait l'énumération des moyens qui tour à tour ont été mis en usage pour combattre la phthisie pulmonaire, il est vraisemblable qu'on verrait figurer dans ce tableau, lamentable expression de l'impuissance de l'art, la presque totalité des agents ou des méthodes qui sont au service de la thérapeutique. L'inutilité de ces tentatives nombreuses, faites au nom de l'empirisme pur, ou des diverses théories qui se sont données successivement pour la dernière formule de la science, la fréquence extrême de la maladie, le chiffre effrayant exprimant la

part qui doit lui être faite dans la mortalité générale, la gravité des lésions que l'anatomie pathologique nous fait découvrir dans les tissus qu'elle a frappés, l'incontestable réalité du vice constitutionnel qui commande ces lésions, bien que ce vice lui-même ne puisse être rigoureusement atteint que par l'induction; tel est l'ensemble des circonstances qui, à l'heure qu'il est, réduisent la pratique commune vis-à-vis de cette maladie à une véritable méditation de la mort. Toutefois, il est juste de le dire, et nous nous empressons de le faire, ce n'est que quand la phthisie est arrivée à un certain degré de développement, que l'art s'abstient aussi rigoureusement d'intervenir; car quand le mal n'est encore qu'à la période d'incubation, si nous pouvons ainsi dire, que le tubercule n'a point encore germé dans la profondeur des tissus, ou ne reste point, en général au moins, témoin impassible de cette imminence morbide funeste; on cherche à la prévenir en combattant énergiquement les désordres accidentels qui peuvent provoquer l'explosion du mal, ou bien en soumettant l'organisme à l'influence longtemps continuée d'un ensemble de conditions propres à réuover jusqu'à un certain point la crâse primitive du sang. Sans avoir la prétention d'instituer ici une nouvelle thérapeutique pour cette grave affection, nous croyons qu'il est un certain nombre de moyens qui peuvent lui être opposés avec avantage; nous nous proposons de parler ici de quelques-uns de ces moyens principaux, soit dans le but de provoquer des recherches propres à en déterminer la valeur positive, soit en disant ce que notre expérience personnelle nous a appris à cet égard. La thérapeutique ne doit jamais abdiquer en fait de maladies, quelque graves qu'elles soient; malheureusement c'est là, il faut bien le dire, ce qu'elle fait trop souvent vis-à-vis de la phthisie. Le passage suivant d'un des plus remarquables ouvrages du Nestor de la médecine européenne, Hufeland, devrait être constamment présent à l'esprit du médecin qui aborde le lit d'un malade. « Lorsqu'on entreprend le traitement d'une phthisie pulmonaire, dit ce praticien consommé, il ne faut pas, comme font la plupart des médecins, se laisser dominer par l'idée que la guérison présente peu de chances, car un pareil doute brise le courage, paralyse les ressources de l'esprit, et éteint jusqu'au désir de rien entreprendre. On doit au contraire se pénétrer de celle que *toute phthisie, même la purulente, est curable*; des faits authentiques l'ont démontré sans réplique; à l'ouverture du corps, ce dont moi-même j'ai été témoin, on a trouvé des portions considérables de l'organe pulmonaire détruites par la suppuration, et remplacées par une cicatrice parfaite, chez des personnes qui s'étaient très-bien servies de leurs pommuns. Ainsi ne perdons

jamais ni l'espérance ni le courage, et faisons tout ce qui dépend de nous pour atteindre ce but. »

Depuis les travaux de Laennec, qui, comme Hufeland l'affirme positivement ici, a cherché à démontrer même par les résultats de l'anatomie pathologique la curabilité de la phthisie dans quelques cas, de nouvelles recherches ont été faites sur ce point important de pratique. Il est incontestable, par exemple, que l'illustre inventeur de la méthode de l'auscultation, interprétant mal quelques résultats de l'anatomie morbide, a vu des cicatrices de cavernes là où il n'y avait rien de plus que des traces de pleurésie partielle. Toutefois nous croyons qu'on a été trop loin dans le sens de cette réaction, et tout en reconnaissant ici l'erreur de Laennec dans l'interprétation d'un certain nombre de faits, nous pensons que tout n'a point été dit sur cette question, même au point de vue de l'anatomie morbide. Toutes les fois qu'il s'agit de la curabilité de la phthisie, l'anatomie morbide est sans doute appelée à jeter les plus vives lumières sur cette question si intéressante ; mais l'observation directe de la marche du mal pendant la vie fournit aussi des données d'une valeur réelle. C'est en combinant les données puisées à ces deux sources différentes, qu'on se mettra à l'abri des erreurs qui entachent plusieurs travaux contemporains d'ailleurs fort importants. Il est un autre ordre d'altérations cadavériques, sur lesquelles M. Roger surtout a appelé dans ces derniers temps l'attention des praticiens, et qui tendent également à démontrer positivement que la phthisie pulmonaire est curable dans quelques cas. Ces altérations consistent dans ces sortes de bouchons de matière calcaire, qu'on rencontre assez fréquemment chez les vieillards dans divers points du parenchyme pulmonaire. Ici encore, pour assurer à son interprétation toute la rigueur nécessaire à l'institution d'une loi, l'anatomie pathologique a besoin de s'éclairer des lumières de la pathologie vivante. Malheureusement dans ces sortes de recherches, les difficultés surgissent de toutes parts. C'est à l'extrémité de la vie que ces lésions se rencontrent, et c'est dans les premières années de l'existence peut-être qu'il faut placer le point de départ de la maladie dont ces altérations sont la transformation successive. Quand on cherche à rétablir la chaîne qui lie entre elles ces deux périodes si distantes l'une de l'autre, on trouve souvent que bien des anneaux sont perdus ; la mémoire ne reproduit qu'avec des doutes les divers accidents des maladies passées. Malgré ces difficultés réelles, on est forcé de reconnaître cependant que ces altérations sont, dans un certain nombre de cas rigoureusement interprétés, les derniers vestiges d'un travail de tuberculisation éteint. En présence de ces faits, que nous nous bornons à



énouer, concluons donc avec Laënnec et Hufeland, que la phthisie est curable dans un certain nombre de cas, et qu'au point de vue d'une morale sévère, c'est un devoir rigoureux pour le médecin d'en poursuivre jusqu'à la fin la guérison, alors même qu'on est autorisé à regarder celle-ci comme peu probable.

Ces préliminaires nécessaires posés, hâtons-nous d'aborder le sujet même de cet article, et commençons par constater la doctrine la plus avancée de la science, sur la question si importante de la prophylaxie de la phthisie pulmonaire.

Dans un grand nombre de cas, et à certaines époques de sa durée, la phthisie se traduisant à l'observation par un ensemble de symptômes qui annoncent de la part de l'organisme vivant un effort de réaction non équivoque, suivant le sens physiologique donné à cette réaction, on voit les théories conclure à telle ou telle thérapeutique, et secondairement à telle ou telle prophylaxie, pour combattre ou prévenir cette affection. Jusqu'à Broussais, on voit ainsi deux doctrines presque constamment en présence; l'une qui veut agir dans le sens de cette réaction, qu'elle eroit salutaire, l'autre qui veut la combattre parce qu'elle la croit funeste. Tout le monde sait la manière dont le médecin du Val-de-Grâce a résolu à son tour cette question; la phthisie elle-même n'a point échappé à sa hardie généralisation, la phthisie fut déclarée une pneumonie chronique. La conclusion d'une telle doctrine, en ce qui regarde la prophylaxie de cette affection, fut bien simple: tout individu offrant le plus léger symptôme du côté de l'appareil respiratoire dut être rigoureusement soumis au régime débilitant, heureux quand le médecin, pénétré de ce système, n'ajoutait point à l'influence de ce régime celui des sangsues ou des saignées périodiques. Il était dans la destinée de cette théorie d'agir énergiquement d'abord sur les intelligences, mais de voir aussi bientôt celles-ci se soustraire à son empire éphémère. Toutefois l'édifiée de cette doctrine avait été habilement construit, et il a fallu le battre en brèche de divers côtés avant de le voir s'écrouler. Il ne fut point difficile, quant à la phthisie pulmonaire, ou plus généralement à l'affection tuberculeuse, de détruire l'erreur de la nouvelle école; elle ne dura pas longtemps, au moins dans les esprits qui avaient conservé quelque spontanéité, quelque indépendance. Il y a même à cet égard une chose assez remarquable, c'est que la plus énergique et la plus complète protestation, pouvons-nous dire, contre ce principe funeste, qui déclarait la phthisie une pneumonie chronique, est partie d'un des plus fervents adeptes, autrefois, de l'école physiologique, nous avons nommé M. Roche. C'est ce médecin distingué en effet qui, un des premiers en France, a ramené la prophylaxie de la phthisie tuberculeuse aux règles d'une saine et judicieuse

pratique. Il n'est pas un seul médecin aujourd'hui, nous le pensons, qui, en face de l'imminence morbide dont nous parlons en ce moment, ne soit pénétré de la nécessité de soumettre l'organisme menacé à l'ensemble des conditions physiques les plus opposées à l'étiologie erronée de Broussais. Nous ne ferons point l'énumération des moyens qui composent cette méthode prophylactique, ils sont dans la pensée de tous les praticiens. Il en est un cependant sur lequel nous croyons devoir appeler particulièrement l'attention des praticiens, ce sont les préparations ferrugineuses. Nous avons vu des individus lymphatiques, étiolés, que la condition fatale de l'hérédité menaçait de phthisie, reflleurir, renaitre à une nouvelle vie, si nous pouvions ainsi parler, sous l'influence puissante du fer. On a dans ces derniers temps essayé de faire pénétrer dans l'organisme les préparations ferrugineuses sous toutes les formes, et l'on a eu raison, car le fer est une des substances à l'aide desquelles on peut modifier le plus énergiquement l'économie vivante. Pour donner la mesure de la puissance de ce modificateur, il nous suffira de rappeler les deux faits suivants signalés par MM. Audral et Gavaret. Une chlorotique, chez laquelle les globules sanguins étaient à 49,7, fut soumise pendant un certain temps aux préparations ferrugineuses ; bientôt les globules montèrent à 64,3. Chez une autre femme, qui avait continué plus longtemps l'emploi du même moyen, les globules, qui n'avaient donné que 46,6 à la première saignée, avaient atteint le chiffre 95,7 après l'administration du fer. M. Gavaret nous citait dernièrement un fait plus remarquable encore sous le rapport du changement survenu dans la crase du sang ; les chiffres précis nous ont échappé. Nous avons commencé quelques expériences, dont le but est de constater l'effet de cet agent énergétique sur l'organisme dans la première année de la vie. Pour arriver à ce but, nous avons choisi quelques enfants nourris au sein, et nous avons soumis la mère à l'influence des préparations ferrugineuses ; les enfants ont pris ainsi, pendant un certain temps, un lait contenant une plus ou moins grande quantité de molécules ferrugineuses. Les faits qui résultent de ces expériences sont trop peu nombreux et trop peu significatifs pour qu'il nous soit permis d'en tirer aucune conséquence rigoureuse ; nous pouvons dire dès maintenant, cependant, que deux de ces enfants, pâles, anémiques, faibles, se sont visiblement fortifiés sous l'influence de leur alimentation ordinaire ainsi modifiée. Quant à la question de savoir si en faisant pénétrer le fer dans un organisme inachevé, et en offrant ainsi à la force plastique, si puissante à cet âge, des matériaux doués de qualités particulières, il est possible d'arriver à éteindre une virtualité, une prédisposition morbide fineste transmise par voie d'hérédité, il est évident qu'une telle question impose pour

première et essentielle condition de suivre pendant un long laps de temps les individus sujets de l'expérience. Il en est ainsi souvent dans notre science bien comprise ; il est un certain nombre de questions, qui, posées par une génération, ne peuvent être résolues que par la génération suivante.

On ne saurait trop se pénétrer de l'importance de la question de la prophylaxie de la phthisie pulmonaire, et le monde médical doit accueillir avec empressement, tout en se réservant le droit nécessaire de contrôle, tout ce qui promet des lumières sur ce sujet. Jusqu'à quel point doit-on accepter les idées, fort originales au moins, que vient de développer un médecin distingué de Marseille, M. Boudin, sur une sorte d'incompatibilité qui existerait dans l'organisme entre une certaine affection morbide et la phthisie pulmonaire ? En touchant à cette importante question, nous ne pouvons nous empêcher d'indiquer sommairement ici la doctrine nouvelle professée par ce médecin : donner à ces idées qui nous ont frappé de la publicité, c'est l'unique moyen d'en préparer la vérification. Suivant le médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille, il y aurait, entre l'intoxication paludéenne, donnant lieu à des manifestations morbides diverses, et la tuberculisation pulmonaire, un rapport d'antagonisme réel ; que l'organisme qui se trouve sous l'influence de l'une est complètement réfractaire au développement de l'autre. On pourrait, à l'appui de cette loi de l'immunité morbide considérée d'une manière générale, citer un certain nombre de faits que nos préoccupations modernes nous ont trop souvent fait perdre de vue. M. Boudin, pour démontrer son assertion hardie, rappelle quelques-uns de ces faits, et se livre à des recherches de géographie pathologique pleines d'intérêt. C'est une chose bien digne de remarque en effet, que là où l'infection marécageuse existe à son plus haut degré d'intensité, en Algérie par exemple, la diathèse tuberculeuse ne se développe point, et semble même quelquefois s'effacer. Que si l'on attribuait, dans ce cas, l'absence de cette dernière affection en Algérie à l'influence de la température, l'auteur répond victorieusement, d'une part, que la phthisie est très-fréquente à Naples, Malte, Gibraltar, Constantine même ; et, d'un autre côté, qu'il est des pays du nord, froids, mais marécageux, où la phthisie est une maladie rare. Ainsi, suivant M. Boudin, le miasme qui se dégage des marais venant à pénétrer dans l'économie vivante, modifie la crase du sang de telle façon, que la prédisposition tuberculeuse s'efface, n'éclate point ; tant que l'organisme est sous le coup de ce modificateur spécifique il est préservé de la tuberculisation, comme le vaccin le met à l'abri de la variole. Nous avons dû indiquer au moins cette vue profondément originale,

nous le répétons, et appeler par là à la vérification de l'idée du médecin de Marseille tous les praticiens que leur position met à même d'observer les faits sur lesquels elle se fonde. Si cette vue est vraie, il est clair qu'elle ne va à rien moins qu'à changer les principes qui régissent la pratique de la prophylaxie, et même à un certain degré, la thérapeutique des affections tuberculeuses. C'est à l'avenir à décider cette immense question, nous n'avons point pu ne pas la poser ici.

Séduit par l'immense intérêt qui se rattache à toute question dont le but est de rechercher le moyen de mettre les populations à l'abri d'une maladie qui chaque année les décime, nous nous sommes laissé entraîner dans la première partie du sujet, que nous traitons en ce moment, au delà des bornes que nous nous étions promis de ne point dépasser; nous nous contenterons, dans ce qui va suivre, de parler sommairement de quelques moyens dont nous avons été à même d'apprécier l'utilité, ou que nous croyons n'être point suffisamment usités dans la pratique ordinaire.

Une nourriture substantielle, fortement réparatrice, l'insolation, la respiration d'un air largement renouvelé, l'exercice modéré, les toniques médicamenteux, ne sont point seulement appelés à prévenir l'imminence tuberculeuse; ces divers moyens peuvent rester applicables, mais dans une certaine mesure, jusqu'à la fin de la maladie. Sans aucun doute, par exemple, quand malgré l'emploi des moyens les plus puissants dont la matière médicale puisse disposer, malgré les ressources plus puissantes encore de l'hygiène, ce qui n'était jusque-là qu'en imminence morbide s'est réalisé en une lésion matérielle localisée, tombant sous l'appréciation des sens, les malades doivent demeurer soumis à l'influence des moyens précédemment indiqués. Toutefois, on voit surgir ici, dans quelques cas, des difficultés de pratique fort délicates, et qui pour être résolues demandent toute la sagacité d'un médecin habitué à réfléchir. C'est ainsi que chez des individus qui sont sujets à de fréquentes hémoptysies, le point où il faut s'arrêter dans l'emploi des moyens que nous avons dit constituer les bases de la prophylaxie des tubercules, est fort difficile à déterminer. Vainement on interrogera chaque jour l'appareil respiratoire par le moyen de l'auscultation pour y saisir le pronostic de l'hémoptysie dans les signes de la congestion sanguine qui la prépare, le plus souvent l'hémorrhagie éclatera sans que rien de ce côté l'ait annoncée. Pourtant il serait fort important de pouvoir prévoir ces accidents, car alors il faut rigoureusement suspendre l'alimentation réparatrice, tonique, l'exercice, etc. Le pouls lui-même n'indique pas toujours la pléthore; c'est qu'en effet il ne s'agit le plus souvent ici que d'une pléthore relative qui n'a sur le pouls qu'une

influence douloureuse. Dans ces cas de diagnostic difficile, nous pensons qu'il faut examiner avec l'attention la plus grande les phénomènes de réaction que développe la digestion intestinale. Nous avons remarqué qu'en ce moment la circulation périphérique, image de la circulation générale, est empêchée dans divers points : ainsi les lèvres prennent une légère teinte blenâtre qui contraste avec la pâleur de la peau qui recouvre les ailes du nez ; les ongles surtout prennent cette teinte à un degré extrêmement prononcé. A quoi attribuer ces phénomènes ? Évidemment à une pléthore veineuse, à une hématoscose incomplète. L'indication la plus pressante en cas pareil, c'est de diminuer l'alimentation, la rendre plus ténue, moins substantielle. Nous ne disons point que cette indication ne peut, dans aucun cas, sortir d'un autre ordre de manifestations physiologiques ; mais nous affirmons avoir souvent observé que les choses se passent comme nous venons de le dire, et qu'en se laissant guider par les signes énoncés, on peut, dans un certain nombre de cas, prévenir l'hémoptysie et les diverses conséquences graves qu'elle peut entraîner à sa suite. Pour nous résumer sur ce point, il en est donc de l'alimentation substantielle, des agents toniques, dans la phthisie comme dans les gastralgies : on n'a rien dit quand on s'est borné à en formuler d'une manière générale l'indication ; il est un autre point presque aussi important à régler, c'est l'opportunité.

Nous ferons une simple remarque sur les promenades à cheval, en voiture. En général ce mode d'exercice est salutaire aux phthisiques. Il en est quelques-uns cependant chez lesquels il semble provoquer le mouvement fluxionnaire, à la suite duquel éclate l'hémoptysie. Voici l'esquisse rapide d'un cas où l'on a vu l'exercice du jeu de bague déterminer immédiatement une hémoptysie fondroyante qui entraîna rapidement la mort du malade. Un jeune professeur du collège de M. P..., à Vaugirard, évidemment prédisposé par sa constitution aux tubercules, se livre pendant quelques instants à l'exercice de ce jeu ; bientôt il est arrêté par un sentiment de bouillonnement dans la poitrine ; à peine est-il posé sur son lit, qu'il vomit le sang à pleine bouche : tous les moyens les plus actifs sont sur-le-champ mis en usage pour combattre cette violente hémorrhagie, rien ne peut la suspendre ; deux jours après il succombe. Sans doute on ne peut complètement assimiler ce mouvement de rotation continue avec les secousses cadencées du cheval ou de la voiture ; il y a cependant entre ces deux modes d'exercice quelque analogie qui peut faire comprendre l'influence fâcheuse que l'un et l'autre peuvent exercer dans quelques cas.

Bien que l'influence que l'affection tuberculeuse exerce sur le moral des malades soit réelle en général, ces malheureux conservent presque

toujours jusqu'aux derniers moments l'espoir de la guérison ; il en est un certain nombre qui, en proie aux idées les plus tristes, finient toute espèce d'exercice et gardent le lit une grande partie du jour, quoique leurs forces leur permettent encore de se tenir levés et de faire quelques promenades. C'est là une propension fâcheuse que les médecins doivent s'attacher à combattre par la voie de la persuasion. Cette immobilité est une condition funeste qui mine lentement les forces en ôtant à l'assimilation le peu d'énergie qui lui reste. Le séjour trop prolongé au lit entraîne encore un autre inconvénient également grave, c'est qu'il favorise les sueurs colliquatives, que la maladie tend si énergiquement à provoquer, et qui sont elles-mêmes une cause si puissante d'affaiblissement. Dans le but d'éviter, ou au moins d'atténuer autant que possible ce grave accident, la chambre du malade doit être bien aérée, il doit quitter le lit de bonne heure, et se couvrir légèrement.

A un degré avancé de la maladie, quand les poumons sont creusés de larges et profondes cavernes, on voit quelquefois la dyspnée prendre une grande intensité : souvent cette exacerbation d'un symptôme habituel tient à la difficulté de l'expectoration. Les moyens usités en pareil cas ne réussissent pas toujours : nous avons observé quelques faits qui tendent à établir que la position qu'affectent les malades est parfois un obstacle à l'issue à travers les bronches du pus amassé dans les cavernes. Dernièrement encore nous avons eu occasion d'observer un jeune militaire qui, arrivé au dernier degré de la maladie, n'arrachait qu'avec peine des crachats peu abondants, bien que l'oreille, appliquée sous la clavicule gauche, entendît un gargouillement énorme. Tant que cette difficulté d'expectoration existait, le malade éprouvait un étouffement extrême. Nous lui conseillâmes de ne point rester constamment en supination, comme il le faisait ordinairement ; de se coucher tantôt sur un côté, tantôt sur un autre. Or, il remarqua bientôt qu'en se couchant sur le côté le moins affecté, il expectorait immédiatement avec beaucoup plus de facilité, et voyait par là diminuer rapidement son oppression. Il usa de ce moyen simple aussi longtemps qu'il le put, et en obtint presque constamment le résultat qu'il en attendait. Ce fait, qui d'abord paraît assez singulier, trouve sans doute son explication dans le rapport de communication que le changement de position établit entre le foyer purulent et des tuyaux bronchiques d'un plus grand calibre ou plus largement ouverts. Quoi qu'il en soit, ce fait n'en est pas moins intéressant et méritait d'être signalé.

Nous terminerons ce travail, auquel nous sommes surtout efforcé d'imprimer un caractère essentiellement pratique, par une courte remarque sur l'emploi des préparations opiacées si fréquemment mises en

usage dans le traitement de la phthisie. On a dit et on a eu raison de dire qu'il n'y a pas de médecin qui voulût se charger du traitement de cette maladie sans le secours de l'opium. Il est pourtant dans l'usage de ce puissant moyen certaines limites qu'il faut bien se garder de dépasser. Il est incontestable, par exemple, que les forces des malades baissent d'une manière sensible à mesure qu'on arrive, dans l'administration de l'opium, à des doses plus élevées. Ce résultat patent d'une expérience faite sur une si large échelle nous commande de nous surveiller dans la tendance que nous avons tous à employer avec trop peu de mesure un médicament à la faveur duquel nous suspendons facilement en général les accidents qui tourmentent le plus les malades. Sans nier l'influence fâcheuse ici de la loi d'assuétude, nous croyons que souvent on s'exagère la portée de cette loi. Pour nous borner à l'opium et à son influence sur divers accidents de la phthisie pulmonaire, nous sommes convaincus que cette influence dure plus longtemps, qu'on ne le croit communément ; qu'on répète ce que nous avons fait nous-même, qu'au lieu de donner chaque jour ce médicament aux malheureux phthisiques, on ne le donne que tous les deux ou trois jours ; qu'au lieu d'augmenter progressivement les doses, on en suspend un jour ou deux l'emploi ; puis qu'on revienne aux doses primitives, et l'on verra, pendant un certain temps au moins, les mêmes effets heureux se produire. Qu'on n'oublie jamais ce grand principe de thérapeutique dans une maladie qui énerve l'organisme par tant de points à la fois : ménager les forces !

Nous n'avons fait, en tout ceci, ni statistique ni anatomie pathologique ; nous avons tout simplement interrogé l'organisme vivant. Si les enseignements que nous avons puisés à cette source de la vraie et bonne science ne nous ont pas conduit à des vues théoriques nouvelles, à la découverte d'une de ces lois qui aujourd'hui germent sur le terrain de la médecine comme les champignons sur une couche, du jour au lendemain, ils nous ont amené à émettre quelques idées saines sur la thérapeutique d'une affection qu'on n'étudie plus guère maintenant que dans les amphithéâtres. Au point de vue de la spéculation, ce sont là des études arides et sans valeur ; mais au point de vue de l'art, par lequel seul notre science signifie quelque chose, nous avons la confiance qu'on les jugera un peu moins sévèrement.

Max. SIMON.

DES VARUS MENTAGRA ET GUTTA ROSEA (SICCOSIS MENTI ET ACNÉ  
DE WILLAN), ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'EMPLOI  
EXTÉRIEUR DE SULFATE DE FER.

Il y a bien des années que je m'occupe de l'étude des maladies de la peau, mais depuis que j'ai quitté l'hôpital Saint-Louis, je n'avais pas cru devoir élever ma faible voix. Je ne puis pourtant pas m'empêcher de réclamer, lorsque je vois la presse médicale gratifier M. Émery de l'application du goudron dans l'herpes furfuraceus circinnatus (*lepra vulgaris*), lorsque les Formulaires nouveaux, et notre savant compatriote M. le docteur Payan, d'Aix, parlent de l'efficacité du styrax dans l'esthiomène (*lupus*), sans en désigner l'auteur.

Cependant les registres de l'hôpital Saint-Louis, les cahiers de visite, notre condisciple le docteur Sazie, alors interne de M. François et partant de M. Émery, pourraient attester que le goudron, dont l'idée fut suggérée à mon ami le docteur Girou de Buzarein-gues, et à moi, par les mêmes circonstances, était employé, dans les salles de notre maître Alibert, dans une infinité de maladies chroniques de la peau : prurigo, favus, porrigo, herpes furfuraceus circinnatus, herpes squamosus chronique, melitagra nigricans (impetigo chronique), et dans la gale même, avant que M. Émery fût médecin de l'hôpital Saint-Louis. Enfin le styrax, contre l'esthiomène, nous appartient si exclusivement, que dans les pages de ce journal même, année 1833, tome V, page 119, j'indiquais le mode de ce traitement, et les raisons anatomiques qui m'y avaient conduit. Mais cet oubli, amené presque nécessairement par l'obscurité qu'entraîne la position de médecin de petite ville de province, dont le nom ne pouvait rehausser l'importance ni le mérite de la chose, avait si peu éveillé notre amour-propre, que nous avons attendu cette circonstance pour le rappeler. Aussi, appréciant plus l'utilité qui en est résultée pour la science, puisque depuis nos recherches le goudron et le styrax sont demeurés dans la thérapeutique des affections de la peau, que notre intérêt personnel, nous avons cru devoir secouer notre léthargie, et livrer encore à la publicité, fussent-elles avoir le même sort, les observations nouvelles que nous avons pu faire depuis que nous avons quitté l'hôpital Saint-Louis, où la bienveillance toute paternelle et la longue amitié d'Alibert nous avaient fourni des sujets si nombreux et si variés pour ce genre d'étude.

Nous commencerons aujourd'hui par les varus, parce qu'étant les affections dartreuses les moins connues et les plus rebelles, elles ont de tout temps attiré plus spécialement notre attention. Hâtons-nous de dire cependant que nous conservons la classification d'Alibert, moins



pour le respect que nous croyons devoir à la mémoire de notre illustre maître, que par une profonde conviction; car, ainsi que nous l'avons prouvé dans un autre ouvrage, pour nous les lésions élémentaires ne sont pas dans les phénomènes consécutifs de la pustulation et de la desquamation; nous les avons cherchées plus profondément dans les altérations pathologiques du derme, et l'on verra ici, sans toutefois que nous cherchions à le faire remarquer, le but de cet article ne permettant pas de digression théorique, que toutes les maladies qui constituent le genre *varus* d'Alibert sont le résultat d'une inflammation générale ou partielle, aiguë ou chronique de la poche folliculeuse. D'autres fois, simplement une altération de sécrétion des follicules sébacés, ou encore tout à la fois une perversion ou altération de sécrétion précédée ou suivie d'inflammation.

Les dermatologues d'aujourd'hui, MM. Bielt, Rayer, Cazenave et Schedell, pensent tous que dans les affections dont il s'agit, les cystes sébacés ou pilifères sont malades; mais ils n'ont pas cherché à démontrer si ces petits organes sont les parties de la peau primitivement affectées, s'ils le sont à peu près exclusivement, ou si la diffusion anatomique pouvait assigner la part qu'ils prennent dans le phénomène de la pustulation vreuse. Dans aucun cas, il est vrai, la peau ou les poils de la barbe des mentagréux ne nous ont paru différer dans leurs conditions prédisposantes; mais ce qui est certain, c'est que la peau des personnes affectées de *varus gutta rosea* est huileuse, grasse ou légèrement rugueuse, par l'effet du développement des cystes sébacés que l'on découvre parfaitement sans le secours de la loupe. Il est très-rare, au contraire, du moins ne l'avons-nous jamais vu, de rencontrer la couperose sur le visage des personnes qui ont la peau douce, veloutée, sèche, et chez lesquelles on aperçoit difficilement les pointillés des ouvertures sébacées. Mais lorsque cette disposition s'aperçoit facilement, avec de l'attention on découvre, dans l'ouverture même de certains cystes, un grumeau de matière sébacée concrétée. Si ce grumeau est tant soit peu saillant; si la sécrétion excédante de la matière sébacée se déverse sur la peau, elle noircit par le contact de l'air, de la poussière, des saletés extérieures, et constitue ainsi différentes espèces de *varus sebaceus*.

Dans ces divers états, s'il se joint une cause particulière, inappréciable jusqu'ici, ou s'il suffisait d'une surexcitabilité ou d'un développement spécial des capillaires cutanés, car déjà il est d'observation que les couperosés rougissent à la moindre émotion, l'irritation mécanique de ces corps étrangers amène les pustules vreuseuses. En effet, en observant avec soin, on voit qu'au centre de ce petit phlegmon existe le

plus souvent un de ces grumeaux, qui sort par la pression, ou que l'on découvre au fond de la pustule, au-dessous de la matière purulente. Mais comment se peut-il que la pustule se développe ainsi sur l'ouverture du cyste, d'autant que les pustules du varus sont acuminées? Comment cela se peut, nous ne le dirons pas, mais ce qui existe, le voici : l'inflammation, après avoir envahi le cyste, et pour l'ordinaire toute l'épaisseur des couches de la peau, ce qui constitue l'aréole inflammatoire, l'élévation de la turgescence des tissus cache d'autant plus le grumeau sébacé que le développement inflammatoire se prononce davantage à la périphérie de la peau. Alors la pustule parcourt ses périodes, et le pus se produit au centre, par conséquent immédiatement sur les bords du goulot du canalicule, et au-dessous de l'épiderme, au point précis où il va se réfléchir dans le cyste. De cette élévation, qui s'effectue plus au centre que partout ailleurs, peut-être à cause de l'extensibilité plus grande de l'épiderme à ce point de réflexion, naît la pustule acuminée, qui n'en conserve pas moins un canal central fourni par l'adossement de l'épiderme réfléchi. Canal qui conduit directement sur le grumeau sébacé ou à la racine du bulbe du poil dans la mentagre; car c'est de ce point que sort le poil de la barbe, ou qu'on exprime la matière sébacée concrétée.

Cependant toutes les pustules ne renferment pas des grumeaux; mais l'observation nous a appris que celles-ci ont une existence éphémère, et que souvent elles ne sont que l'effet de l'irritation communiquée d'une pustule à un cyste voisin jusque-là préservé. Circonstance néanmoins qui pervertit sa sécrétion, détermine aussi cette concrétion sébacée, et de là cette pustulation incessante qui d'un point va sur un autre, puis revient, et ne s'éloigne de nouveau que pour retourner. Aussi les cystes qui se sont enflammés plusieurs fois sont-ils plus distendus, renferment-ils des concrétions sébacées plus considérables et occasionnent des pustules plus larges, plus élevées, des indurations tuberculeuses, quelquefois et souvent des cicatrices indélébiles.

Pareillement lorsque dans la mentagre l'on remarque des pustules non surmontées de poils, c'est l'inflammation qui s'est propagée des eryptes pilifères aux cryptes sébacées voisines; et ce qui le prouve, c'est que cette espèce de pustule s'observe d'ordinaire aux points où ces canalicules sont plus nombreux, et où les poils de la barbe le sont moins; ainsi, sous les ailes du nez, sous les commissures des lèvres, à côté du menton, sur le bas des joues, et au cou où les poils de la barbe se raréfient.

On a vu que le cyste sébacé a d'abord été altéré dans ses fonctions physiologiques, qu'il a sécrété une matière sébacée plus abondante.

plus concrescible. Mais pendant qu'il est sous l'influence de l'inflammation aiguë, il s'y opère, comme dans une foule d'organes sécréteurs, une surexcitation manifeste. La matière sécrétée est non-seulement plus abondante, mais alors plus fluide, plus limpide, car lorsqu'on presse la pustule, il en sort le grumeau concrété, lubrifié par une matière oléagino-albumineuse, qui ensuite continue à couler d'elle-même, se concrète en gouttelette qui reste brillante et transparente comme une perle de succin, ou bien rougie ou noircie si une pression trop forte l'avait mélangée à une plus ou moins grande quantité de sang.

Dans la mentagre, où le cyste est occupé par un organe vivant, le bulbe pilifère, qui par conséquent peut prendre une part plus ou moins active au mal, conserve plus longtemps l'irritation, et sécrète pendant plus longtemps aussi une matière oléagino-albumineuse assez analogue. Ici cette matière suit le poil, se concrète alentour, et, s'unissant à d'autres, forme les croûtes que l'on observe sur les mentagreaux. Si la cause persiste, cette sécrétion persévère, et sous la croûte l'on découvre une ulcération qui quelquefois pénètre jusqu'au bulbe, le détruit, d'où résulte la chute du poil, et une cicatrice dans laquelle le cyste obstrué ne peut reproduire le poil.

Ces faits établis, passons au traitement, et remarquons d'abord que les antiphlogistiques généraux et locaux sont entièrement impuissants pour détruire le mal, tandis que le plus souvent les autres remèdes, les per-incitants, comme les appelle M. Plisson, s'ils le détruisent quelquefois, l'exaspèrent très-ordinairement, surtout si le moment d'application n'a pas été bien saisi, si la dose du remède n'a pas été exactement proportionnée à la susceptibilité du malade ou à l'irritabilité des tissus phlegmasiés.

Il est d'ailleurs pour moi d'observation particulière, et je crois l'avoir indiqué dans ce journal même, il y a plusieurs années, que les affections pustuleuses de la peau s'exaspèrent par les applications huileuses ou graisseuses, et à plus forte raison par les diverses pommades, qui se détériorent à la chaleur animale, par leur séjour trop prolongé, ou leur interposition entre les poils et les croûtes mentagreaux.

Si nous examinons encore les effets des médicaments que l'on a l'habitude de donner à l'intérieur comme dépuratifs, et même ceux que plusieurs médecins prescrivent comme modificateurs essentiels, les teintures arsenicales, celles de cantharides, d'iode, les pilules asiatiques, mercurielles, etc., nous trouvons que ces moyens sont souvent impuissants pour enrayer la marche du mal, et complètement inefficaces pour en empêcher le retour. La sagacité d'Alibert l'avait tellement reconnu, qu'il y avait aussitôt complètement renoncé. Pour nous, nous n'accor-

donc quelque mérite qu'aux boissons fortement nitrées que nous employons contre une foule de maladies eutanées, et, pour la mentagre invétérée, à l'usage de l'iodure de potassium.

Ainsi, il n'existe point encore d'anti-herpétique proprement dit, et si nous avons observé quelque action modificatrice de divers traitements, nous ne l'attribuons qu'à l'effet passager des remèdes sur l'état des liquides animaux, à des substitutions de sécrétions ou des perturbations contro-stimulantes.

Le remède donc que nous proposons aujourd'hui n'a qu'une action locale, astringente ou résolutive. Ainsi il ne guérit pas absolument, et arrive par conséquent avec cette modeste inauguration dans la thérapeutique des varus. Si pareil avec accompagnait tous les remèdes qu'on préconise, les pauvres praticiens seraient sauvés de bien des mécomptes, la science y gagnerait et l'art n'y perdrait rien ! Malheureusement on ne s'avoue pas assez à soi-même, et par conséquent bien moins aux autres, que dans la très-grande majorité des cas, la médecine se borne à atténuer le mal, et que la nature et ses forces de réaction se chargent de guérir. Ce préambule, émané de notre religion médicale, nous a paru doublement nécessaire, et pour ceux qui ne s'attendent pas assez aux désappointements de notre art, et pour ceux encore qui se targuent de douter toujours et de vieillir dans les erreurs que leur ancienneté fait prendre pour de l'expérience.

Après bien des succès par les remèdes connus, après bien des réflexions, des recherches et des essais inutiles, le sulfate de fer, sous diverses formes, nous a paru le moyen le plus efficace pour agir topiquement sur l'inflammation pustuleuse des varus gutta rosea et mentagra. Nous l'employons en dissolution, soit en baignant la partie malade, soit en y appliquant des linges imbibés, soit encore en saupoudrant les parties ulcérées de la mentagre avec un mélange de charbon et du sel de fer. Ce mélange n'a pas besoin d'être porphyrisé, parce qu'alors il s'incruste avec trop de facilité, se met en paquet et s'enlève difficilement par le lavage des poils de la barbe. Malgré nos préventions, nous avons essayé aussi une pommade avec le sulfate de fer, mais nous avons été pareillement obligé d'y renoncer. Voici nos formules usitées :

#### *Solution n° 1.*

Sulfate de fer . . .	25 grammes.
Eau distillée. . . .	200 —

Dissolvez.

*Solution n° 2.*

Sulfate de fer. . . . 50 grammes.  
 Eau distillée. . . . 200 —  
 Dissolvez.

*Poudre ferro-charbonneuse.*

Sulfate de fer. . . . 10 grammes.  
 Charbon . . . . . 35 —  
 Pulvérisez et mêlez.

L'aute, en province, de donches de vapeur, les bains locaux, les lotions tièdes émollientes, l'exposition à la vapeur de liquides en ébullition, commencent la médication de la mentagre. En même temps, surtout si les phénomènes inflammatoires sont très-prononcés, les ganglions lymphatiques sous-maxillaires engorgés, nous nous sommes servi utilement, quoiqu'il soit souvent difficile de les y maintenir, des cataplasmes émollients de tout genre, notamment ceux de farine de riz, de seigle, de fécule de pommes de terre, et quelquefois, dans les campagnes, de la pulpe de carottes râpées et cuites, celle de betteraves, les poignées de terre même, diverses espèces de courges, de melons ou de pommes. Nous rejetons constamment la farine de lin, parce que lorsqu'elle n'est pas récemment pilée, l'huile rance qu'elle renferme augmente la pustulation.

Une fois les phénomènes inflammatoires détruits ou suffisamment amendés, alors surtout que les émollients paraissent sans action sur l'inflammation de la peau, nous faisons lotionner deux fois par jour le malade avec deux verres d'eau tiède, dans laquelle on mélange une ou deux cuillerées à bouche de la solution n° 1, puis un quart d'heure, demi-heure ou une heure après, suivant l'effet produit, prendre un bain local plus ou moins prolongé dans une décoction émolliente, et ensuite recouvrir, si c'est possible, d'un cataplasme de même nature.

Ainsi l'on continue jusqu'à ce qu'on reconnaisse l'insuffisance de la nouvelle médication, et alors l'on emploie trois, quatre cuillerées de la solution n° 1, ou une ou deux de la solution n° 2; mais toujours de concert avec les émollients, que l'on ne discontinuera qu'avec circonspection; car si les phénomènes inflammatoires se ravivaient, tout le traitement pourrait être à recommencer, surtout dans le midi de la France, où l'irritabilité de la peau est manifestement plus vive.

Il est des cas, soit par l'ancienneté du mal, soit par la chronicité propre de l'inflammation, où la peau n'est ni tuméfiée, ni même hypé-

rinée; des croûtes se forment et se renouvellent constamment sur des ulcérations atoniques, ou simplement par l'effet de la sécrétion des cystes contaminés. Nous employons alors de préférence la poudre ferro-charbonneuse, dont nous saupoudrons les parties avec un tampon de charpie ou de coton. Une certaine partie s'y attache, le sulfate de fer s'y dissout lentement et agit par conséquent d'une manière immédiate avec plus d'énergie. Une heure ou deux après, suivant l'effet produit, on pratique une lotion émolliente, ou au besoin on applique des cataplasmes, et l'on fait renouveler ainsi, une ou deux fois par jour, jusqu'à ce que les croûtes ne se reproduisent plus, que l'inflammation, de rouge-brun qu'elle était, prenne de jour en jour une teinte d'un rose pâle, que la peau reprenne sa souplesse, enfin sa couleur naturelle. Dans cet état cependant, le mal n'est pas détruit; une nouvelle incurie, la fatigue du travail, un écart de régime, peut la faire reproduire. Le malade, d'ailleurs, éprouve encore quelques démangeaisons, quelques picotements; aussi faisons-nous pratiquer, le soir en se couchant, une onction légère avec un mélange d'huile d'olives ou d'amandes fortement agité dans une topette, avec partie égale d'eau de Goulard concentrée et quelques gouttes de laudanum de Sydenham; ensuite, le lendemain matin, une lotion, savonneuse de préférence, avec un savon amygdalin. Il va sans dire que le rasoir doit être proscrit pendant le traitement et longtemps après la guérison, et que le malade doit se faire la barbe avec des ciseaux, à la manière des juifs.

Quant aux moyens généraux, nous l'avons dit, nous retranchons toute la série des dépuratifs, et nous nous bornons, sauf indication particulière, à une saignée générale chez des sujets forts et vigoureux; à des applications locales de sangsues dans le cas où les tissus sous-dermatiques et les ganglions sont engorgés. Des purgatifs répétés ont été utiles et quelquefois indispensables, tandis que nous donnons habituellement pour boisson de la limonade, de l'hydromel, des décoctions d'orge, de pruneaux avec 8 ou 10 grammes de nitrate de potasse, réservant aux cas seulement d'induration chronique, de tubercules rebelles, l'usage de l'iodure de potassium.

Le traitement du *varus gutta rosea* est calqué sur les mêmes indications; seulement nous préférons aux purgatifs les lavements aloétiques, et les applications locales se bornent à des linges imbibés d'eau fraîche dans laquelle on a mis une ou deux cuillerées des solutions n° 1 ou n° 2, puis des lotions à l'eau fraîche pure. A ces moyens nous joignons des lavages ou des frictions savonneuses, dont nous apprécierons mieux les effets en parlant des *varus sebaceus*, dans le but d'enlever la matière huileuse séchée qui se répand sur la peau, et surtout de dissoudre la

matière sébacée concrétée à l'ouverture des cystes. Si l'on se rappelle nos recherches anatomo-pathologiques à ce sujet, on concevra facilement la part que prennent ces grumeaux sébacés à la pustulation, et partant l'importance de les détruire, si l'on veut se rendre maître d'un mal par ce fait constamment renaissant. Il est vrai que les lotions savonneuses ne suffisent pas toujours pour détruire ce singulier épiphénomène; mais cependant, dans plusieurs cas, nous avons retiré des effets remarquables en y ajoutant quelques gouttes d'une solution concentrée de soude pour activer son action chimique dissolvante. Mais si le grumeau a acquis un certain volume, si le cyste est considérablement distendu, il faut l'extraire par la pression, ou bien la guérison n'arrive qu'après différentes inflammations pustuleuses qui finissent par en déterminer l'expulsion, et par suite l'oblitération du canalicule.

En terminant nous devons avertir que le traitement des varus gutta rosea et mentagra, même par les moyens que nous proposons, est toujours fort long; que d'ailleurs il nous serait impossible d'en assigner la durée, la plupart des sujets des observations que nous aurions à produire étant des hommes de la campagne qui ont discontinué plusieurs fois leurs remèdes à la moindre amélioration, ou à cause de l'importance des travaux de leurs champs; d'autres enfin, habitant des pays plus ou moins éloignés, ne venaient nous consulter que de loin en loin, et offraient, par ces motifs divers, les mêmes inconvénients. Cette lacune de notre travail devra être remplie par les médecins des grands hôpitaux, qui pourront journellement observer les phases du mal et l'action progressive du remède.

DACVERGNE, D.-M. P.,

Médecin de l'hospice de Manosque (Basses-Alpes).

---

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

---

### CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS ET SUR LES MOYENS PROPRES À Y REMÉDIER.

L'abaissement vertical de l'utérus présente trois degrés : 1<sup>o</sup> lorsque la matrice, sans se montrer à la vulve, est plus ou moins descendue dans le vagin, il y a *abaissement* proprement dit ou *relâchement* de cet organe. 2<sup>o</sup> On appelle *procidence* ou *descente* la situation qu'affecte l'utérus quand il fait saillie à l'orifice vulvaire. 3<sup>o</sup> Enfin on dit

qu'il y a *chute* de matrice toutes les fois qu'elle pend entre les cuisses en même temps qu'elle a entraîné après elle le vagin renversé. On conçoit que le traitement ne saurait être identique pour chacun de ces états pathologiques bien distincts ; il doit varier surtout en raison de la nature des causes qui les auront produits. Mon intention n'étant pas, dans cet article, de passer en revue l'étiologie générale des déplacements de l'utérus, je me bornerai à plusieurs points de la question sur lesquels il me paraît très-important de fixer l'attention des praticiens, d'autant plus que dans aucun des livres qui traitent de la matière dont il s'agit les idées que j'ai depuis longtemps émises à cet égard dans mon enseignement clinique ne sont pas suffisamment exposées.

Une des causes qui fréquemment déterminent l'abaissement de la matrice, c'est l'habitude qu'ont les accoucheurs de permettre à la femme de se lever et de marcher au bout des *neuf jours* qui suivent l'accouchement. C'est là une règle que la routine semble avoir consacrée, comme si une infinité de motifs puisés dans la constitution même de la femme ne devaient pas faire un devoir au médecin de s'en affranchir à chaque instant. Est-il en effet si difficile de comprendre qu'à cette époque l'utérus conserve encore un volume plus considérable ? que par son propre poids et sous l'influence des pressions qu'exercent sur lui les viscères abdominaux, il tend constamment à descendre dans l'excavation pelvienne, et que cet effet sera produit d'autant plus facilement que les femmes seront d'une constitution molle, habituées à vivre dans l'oisiveté ? Chez elles en effet les ligaments utérins, comme tous les autres tissus de l'économie, sont doués d'une faiblesse et d'une laxité très-propres à favoriser le déplacement dont nous nous occupons. A l'appui de cette manière de voir, je rappellerai combien il est facile, par des tractions même légères faites sur l'utérus à l'état normal, de l'amener en un point du vagin très-rapproché de la vulve. Les efforts qu'exige l'acte de la défécation ne produisent-ils pas aussi le même résultat ? J'ajouterai que pendant les six premières semaines qui suivent l'accouchement, quelquefois même après un temps plus long, l'utérus n'est pas revenu à son volume ordinaire, et qu'il porte ainsi avec lui la cause sinon efficiente, du moins prédisposante de son abaissement.

L'avortement le produit souvent pour plusieurs raisons : d'abord parce qu'à la suite d'une fausse-couche les femmes gardent le repos un temps plus long qu'après un accouchement à terme ; ensuite parce que la fausse-couche est elle-même souvent le résultat d'un engorgement préexistant de l'utérus, qui empêche que cet organe n'ait repris son volume normal à l'époque ordinaire. Enfin les accidents graves qui suivent l'avortement peuvent entretenir et augmenter, même produire une



hypertrophie sous l'influence de laquelle le déplacement utérin pourra plus tard avoir lieu.

Cette appréciation du volume de la matrice envisagé dans ses rapports avec les déplacements qu'elle offre si fréquemment, m'a conduit naturellement à combattre l'essentialité si généralement admise de ces déplacements, abaissement, procidence, chute complète, toutes ces diverses situations de l'utérus sont, pour la plupart des praticiens, toujours primitives; aussi les voit-on recourir à une thérapeutique exclusivement dirigée contre le déplacement, et par là même le plus souvent impuissante; ce qui devait arriver, puisque s'attachant au symptôme, elle ne sait pas remonter jusqu'à la cause. Or, cette cause, l'expérience m'a appris qu'elle n'était autre que l'hypertrophie de l'organe. J'ai touché un très-grand nombre de femmes, dans mon hôpital et en ville, et presque toujours j'ai pu m'assurer de l'existence de l'engorgement utérin, qui, convenablement traité et guéri par les moyens appropriés, faisait cesser le déplacement de l'utérus, qui n'était bien évidemment que symptomatique. Je n'ai rencontré que de très-rare exceptions à ce fait, que je pose en principe général, et constamment j'ai vu l'utérus reprendre, à peu de chose près, sa situation normale. Quant au mécanisme de l'abaissement en lui-même, il est simple et facile à comprendre; l'utérus a-t-il augmenté de volume en avant seulement, c'est l'antéversion qui se produit. C'est au contraire la rétroversion, si l'augmentation a lieu sur la partie postérieure. Si l'engorgement occupe également toute la circonférence de l'organe, celui-ci s'abaissera directement, et tendra à descendre dans l'excavation pelvienne. Les tumeurs développées dans le voisinage de l'utérus sont aussi la cause de son déplacement; j'en ai observé un exemple que voici :

*Obs.* — Une jeune fille de dix-huit ans, d'une constitution lymphatique, d'une santé qui avait toujours été antérieurement assez bonne, éprouvait depuis deux ans une grande irrégularité dans ses règles. Tantôt elles manquaient, d'autres fois elles venaient sous forme de pertes; les autres symptômes étaient : leucorrhée, pesanteur abdominale, palpitations, étouffements, etc. Le toucher me fit rencontrer le museau de tanche à trois centimètres de la vulve; l'extrémité inférieure de la matrice était hypertrophiée; elle avait acquis le volume qu'elle présente au quatrième mois de la grossesse. Au spéculum, je ne découvris aucune trace de solution de continuité. Le corps de la matrice avait conservé ses dimensions ordinaires. Au-dessus de lui, dans le bassin, on sentait par l'hypogastre une tumeur bosselée, dure, inégale et mobile, qu'il était facile de refouler à une assez grande hauteur en l'éloignant de l'utérus, avec lequel on pouvait constater qu'elle n'avait aucune connexion in-

médiat; toutefois elle le comprimait, et en occasionnait ainsi l'abaissement. Je conseillai l'usage d'un pessaire, qui fut très-bien supporté, et qui dissipa en grande partie les souffrances de la malade. L'emploi des bains, de l'iode de potassium, des narcotiques administrés en lavement, des frictions d'iode de plomb sur les aines, et de la saignée révulsive, améliorèrent beaucoup l'état de cette jeune fille, dont les règles commençaient à devenir régulières, lorsque subitement elle fut prise, après une longue marche, d'une métro-péritonite à laquelle elle succomba. A l'autopsie, nous trouvâmes au-dessus de l'utérus une tumeur qui le coiffait pour ainsi dire. Cette tumeur est stéatomateuse, son tissu est ramolli sur plusieurs points. Adhérente avec les parties qui l'environnent, elle n'est pas à l'utérus. — Cette observation, où nous voyons le pessaire avoir été d'un si puissant secours, porté avec elle son indication pratique; et, dans un cas semblable, la conduite à suivre ne serait pas un instant douteuse. Occupons-nous maintenant de la thérapeutique générale des trois degrés d'abaissement de la matrice.

*Traitement.* Les déplacements primitifs de l'utérus compliqués ou non d'hypertrophie de cet organe sont en général d'une guérison difficile, d'abord parce qu'ils peuvent être produits, ainsi que nous l'avons démontré, par des tumeurs de mauvaise nature qui refoulent en bas la matrice, et parce qu'ensuite il arrive souvent que la constitution des malades est mauvaise et a besoin d'un traitement fort long pour être ramenée à un état meilleur. Enfin, lorsque les ligaments de l'utérus se sont allongés, ou seulement relâchés sous l'influence d'une autre cause que l'augmentation de son poids, il est ou ne peut plus difficile d'y remédier. — S'il s'agit d'un simple abaissement chez une femme jeune et d'une bonne constitution, si le déplacement est simple et récent, il faut en premier lieu éloigner toutes les causes qui ont pu le produire et en favoriser le développement. Les autres moyens que l'on conseille ensuite sont : le repos dans une position presque horizontale; des injections vaginales avec un liquide astringent; les bains de rivière, s'ils peuvent être supportés. Les bains de mer ont été souvent fort avantageux dans le traitement des divers déplacements de la matrice en général. On n'oubliera pas de recourir aux douches simples et médicamenteuses sur le bassin; on en fera dans l'intérieur du vagin, en ayant toujours soin que le liquide soit à une température peu élevée.

Si la malade avait une santé détériorée, il faudrait mettre en usage les toniques, parmi lesquels je place au premier rang les préparations ferrugineuses, à moins qu'elles n'aient l'inconvénient, en rendant l'hématose trop active, de congestionner l'utérus.

Mais lorsque l'hypertrophie de la matrice en a produit le déplace-

ment, et qu'elle est simple sans aucune dégénérescence, la thérapeutique en triomphe aisément : je n'ai pas encore vu un seul cas dans lequel l'organe déplacé n'ait repris à peu près sa situation normale; chez beaucoup de femmes le remplacement de la matrice fut complet.

Il faut ici, pour la direction à imprimer au traitement, établir une distinction importante, basée sur l'existence d'une inflammation aiguë ou chronique, ou sur l'absence de toute inflammation.

Lorsque la phlegmasie utérine existe, c'est elle qui devra d'abord fixer spécialement l'attention. Sans insister sur les moyens de traitement que j'ai longuement exposés ailleurs, je ferai observer que les bains entiers chauds et de longue durée, si efficaces pour combattre l'innervation exaltée, et l'irritation plus ou moins forte de l'organe malade, sont nuisibles dans certains déplacements; ils affaiblissent les malades, relâchent les ligaments utérins, et produisent chez beaucoup de femmes un sentiment de pesanteur plus prononcé dans le bassin. Il faut donc, lorsque le bain a été plusieurs fois administré, et qu'il persiste à produire l'effet désavantageux que je viens de signaler, il faut y renoncer. On peut en dire autant des injections vaginales émollientes, qui sont d'ailleurs bien moins souvent nuisibles que les bains chauds. — Ce premier degré du déplacement de l'utérus, convenablement traité, n'exige presque jamais l'usage consécutif d'un pessaire : j'insiste sur ce point; car de nombreux inconvénients se rattachent à l'emploi de cet instrument, que des praticiens ont beaucoup trop généralisé. Toutefois, lorsque l'abaissement utérin non accompagné d'inflammation ou d'engorgement est rebelle à tous les moyens appropriés, il faut tenter l'usage du pessaire; l'existence d'un engorgement exempt de phlegmasie, et donnant lieu à des douleurs dans la marche, en commande également l'application : souvent alors on voit cesser promptement les douleurs exclusivement produites par les pressions qu'exerçait l'utérus abaissé sur les tissus environnants, et par les tractions que supportaient les ligaments larges; en outre, la compression exercée par le pessaire lui-même sur la matrice qu'il supporte contribue puissamment à la résolution de l'engorgement. Ajoutons que les déplacements causés par l'hypertrophie de l'utérus exigent, toutes choses égales d'ailleurs, que les femmes fassent encore moins d'exercice que si l'hypertrophie avait lieu sans ce déplacement.

Lorsque le chirurgien aura dissipé l'inflammation de l'utérus ainsi abaissé, et que cet organe est descendu à un tel degré, qu'il est en partie ou en totalité situé hors du vagin, l'indication principale sera d'en faire la réduction. On a soin préalablement de vider la vessie et le rectum; puis on fait coucher la femme en supination, les jambes et les cuisses à

deux iléchies, et un coussin sous le bassin; ainsi, les muscles de l'abdomen sont dans un état de relâchement favorable à la manœuvre de réduction. Celle-ci, lorsqu'il s'agit du second degré de la maladie, s'opère aisément à l'aide d'un doigt ou de deux introduits dans le vagin : on parvient ainsi à refouler l'utérus à une hauteur convenable. Mais on peut rencontrer de très-grandes difficultés quand cet organe a entièrement franchi la vulve. La réduction peut même devenir impossible lorsque les parois du vagin sont dures, épaisses, calleuses, qu'elles renferment dans leur épaisseur une portion soit d'épiploon, soit d'intestin, et quelquefois les deux ensemble.

Dans le déplacement extra-vulvaire, on comprime doucement la tumeur, on la repousse avec lenteur de bas en haut, et suivant l'axe du vagin, dont il importe de bien se représenter la direction.

L'engorgement chronique, les rongeurs et les ulcérations simples et superficielles que l'on remarque souvent à la surface de la matrice n'en contre-indiquent pas la réduction; l'expérience m'a démontré que ces lésions très-légères disparaissent presque toujours en même temps que le déplacement; mais on aura soin, dans ce cas, d'étendre sur les parois du vagin un corps gras, afin de prévenir les adhérences qui pourraient s'établir entre elles et l'utérus. — Quant aux solutions de continuité plus profondes, et surtout d'une nature suspecte, sont-elles une contre-indication à la réduction des parties herniées? Contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs qui se sont prononcés en faveur de la négative, je crois qu'il est alors plus prudent de soutenir d'abord la tumeur par un bandage approprié, de soumettre la malade au repos, et d'employer les moyens destinés à guérir les complications dont il s'agit. Il est très-rare qu'on n'y parvienne pas, lorsque les tissus ne sont pas trop malades. On sait la puissance des moyens thérapeutiques que l'art possède; elle est immense, lorsque ces moyens sont rationnellement administrés.

Si, après avoir réduit l'utérus, cet organe continue à demeurer le siège d'un engorgement sans inflammation, il faut recourir à l'usage des fondants pour dissiper cet engorgement; le repos absolu est de rigueur, à moins que la malade ne puisse supporter un pessaire, qui lui permettra de se livrer à un exercice léger. Une phlegmasie utérine viendrait à se manifester après la réduction de la matrice, qu'il faudrait la combattre par les moyens conseillés contre la métrite aiguë ou chronique, suivant le cas dont il s'agit.

Consécutivement à la réduction de l'utérus, à quelque degré de prolapsus qu'il se trouvât, s'il n'existe ni engorgement, ni phlegmasie de cet organe, le chirurgien devra prescrire les injections froides dans le

vagin : ces injections se composent d'eau mélangée de vin blanc, d'un peu d'alcool, ou de gros vin pur, d'eau blanche; la décoction de roses rouges de Provins est très-efficace. Chez la femme dont le vagin est très-large et distendu par de nombreux accouchements, on se trouve bien de la décoction de tan, d'écorce de grenadier, de noix de Galle, de feuilles de noyer, de quinquina, de ratanhia, etc. On fait, avec ces mêmes liquides, des douches ascendantes dans le vagin. Les bains de mer, les douches de Plombières, de Barrèges, données sur le bassin et la partie inférieure du tronc, contribuent puissamment à fortifier les ligaments utérins.

Dans le cas où la réduction de la tumeur herniaire paraît impossible, il faut insister sur le décubitus horizontal, avec soin de tenir le bassin plus élevé que le trouc. On emploie les cataplasmes émollients, les fomentations de même nature sur la tumeur, les saignées générales, les boissons délayantes, et au besoin une diète plus ou moins sévère; et si ces moyens amènent une diminution notable dans le volume et la sensibilité des parties déplacées, on essaye de nouveau de les réduire : il faut opposer de l'opiniâtreté à la résistance de la maladie, sans toutefois sortir des bornes de la prudence. On a vu des hystéroptoses très-volumineuses et très-anciennes céder enfin aux efforts de l'art. Saviard en réduisit une qui était congénitale. Mauriceau, Aloin, Leblanc, ont obtenu la réduction de prolapsus effrayants par le volume de la tumeur, celui-ci ayant pu être diminué par les moyens que j'ai indiqués. Lévêillé et ensuite Bobe-Moreau ont réduit une chute fort ancienne de matrice, après avoir exercé sur la tumeur une compression à l'aide de bandage circulaire.

Quand la réduction est définitivement infructueuse, il ne reste plus qu'à soutenir la tumeur avec un suspensoir; afin de prévenir l'irritation qu'occasionnent les frottements du bandage, on a coutume de l'enduire de cérat : je préfère, comme le conseille M. Colombat, le doubler de taffetas gommé, qui est moins irritant, facile à nettoyer, et qui, par son imperméabilité, empêche le contact des urines et des matières fécales. — La grossesse peut compliquer le prolapsus : si elle est récente, la réduction est quelquefois assez facile; on ne doit même pas y renoncer quand la gestation est à une époque plus avancée. Lorsque la grossesse est presque à terme, et que la maladie est déjà ancienne, il est prudent de s'abstenir de toute tentative de réduction; les dangers que l'on ferait courir à la mère et à l'enfant le veulent ainsi. Il ne sera cependant pas inutile de faire remarquer que Mauriceau est parvenu à réduire au quatrième et au cinquième mois de la grossesse. Giroud a été aussi heureux dix jours avant l'accouchement. Capuron a prouvé que la matrice pou-

vaît être irréductible après les premiers mois de la gestation. Dans ce cas, l'avortement n'est pas rare. Il est entendu qu'alors il faut soutenir l'organe utérin, et condamner la femme à un repos absolu.

Quand les douleurs de l'enfantement se manifestent, le chirurgien doit dilater lentement avec ses doigts l'orifice du col; il facilite ainsi l'accouchement; il procède ensuite à la délivrance : on veut, pour cela, que la main soit portée dans l'intérieur de la matrice; je trouve plus commode, si le placenta est complètement détaché, d'exercer sur le cordon des tractions avec prudence, en même temps que de l'autre main on soutiendrait l'utérus. — Après l'accouchement, l'utérus peut reprendre un volume beaucoup moins considérable qu'anparavant; on peut alors avec succès se livrer à de nouvelles tentatives de réduction. — Si le prolapsus complet de la matrice survenait pendant le travail d'accouchement, il serait dangereux de chercher à réduire; il faut se hâter de terminer l'accouchement, et procéder immédiatement après à la délivrance. — On a conseillé la grossesse comme moyen de guérir les déplacements verticaux de l'utérus et pour en prévenir la récidive : ce conseil est bon pour le cas où il n'existe pas d'engorgement, et où toutes les médications ont échoué. Il est mauvais, et je le repousse dans le cas contraire : il peut en effet déterminer des accidents fort graves, ainsi que je l'ai observé, et, de plus, la grossesse se termine presque toujours par avortement.

La grossesse provoquée en vue de guérir le prolapsus utérin exige des soins particuliers : pendant les cinq ou six premiers mois, la femme doit rester couchée et garder un repos absolu. Avant ce terme, la matrice n'a pas assez de volume pour être soutenue par le détroit supérieur du bassin; elle plonge davantage, au contraire, dans la cavité pelvienne. Il est toujours indispensable d'éviter toute espèce de fatigue, et, dans les derniers temps de la grossesse, la position verticale serait fort nuisible; on évitera surtout d'accoucher la femme dans cette position. Sitôt que le col sera suffisamment dilaté, on ouvrira la poche des eaux, et tant que le fœtus n'aura pas franchi l'orifice utérin, on soutiendra la matrice avec un doigt porté sur son col. On recommandera à la malade de ne pas se livrer à de trop violents efforts d'expulsion.

Disons, en terminant, qu'une opération chirurgicale a été conseillée pour guérir les chutes de matrice. Marschall dit avoir réussi dans un cas : il fait éprouver à la membrane muqueuse vaginale une déperdition de tissu qui s'étend à toute sa longueur, et qui offre la largeur de 18 lignes; il réunit ensuite la plaie à l'aide de points de suture. Cette opération me paraît au moins très-difficile : elle doit être longue à faire, très-douloureuse; je laisse d'ailleurs à l'expérience le soin de la juger.

J. LASFRANC.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES TUMEURS ENKYSTÉES ET SUR LEUR TRAITEMENT, ET EN PARTICULIER SUR L'EMPLOI DU SÉTON DANS CES AFFECTIONS.

Que n'a-t-on pas écrit sur le mode de formation, sur la nature et le traitement de ces sortes de tumeurs, très-communes et plus embarrassantes que gênantes? On les a diversement dénommées et classées, le tout avec beaucoup de confusion, sans considérer que le parti le plus sage serait sans doute de les désigner sous le nom de bourses, et de les diviser en bourses synoviales des tendons et bourses muqueuses sous-cutanées. La dénomination est des plus exactes, et la division, basée sur la nature de l'enveloppe et sur le siège, rencontre de rares exceptions. Notez seulement qu'il importe, sous le rapport thérapeutique, de bien distinguer les bourses synoviales des tendons de ces tumeurs dépendant de l'accumulation de la synovie dans un sac herniaire que forme la membrane synoviale articulaire en s'échappant à travers un écartement des ligaments de l'articulation.

On ne peut pas commettre d'erreur de diagnostic en se rappelant que les bourses synoviales des tendons forment une tumeur entièrement indépendante, isolée, résistant à la pression, alors que la hernie synoviale, communiquant toujours avec la membrane articulaire, disparaît sous la pression pour renaître dès que cette dernière cesse.

Je ne dirai rien des maladies nombreuses dont les bourses synoviales et muqueuses sont si souvent le siège, ni des transformations anatomiques que détermine l'inflammation, ni des humeurs diverses qu'elles renferment, quoiqu'il y eût là matière à plus d'une considération importante. Je ne veux pour le moment qu'arrêter l'attention du lecteur sur un mode de traitement fort simple et qu'on a eu grand tort de proscrire.

Pour la guérison des tumeurs dont je parle, on a eu recours à une foule de moyens. Les topiques n'ont jamais amené la disparition entière du mal; la compression, sur laquelle on fonda d'abord de grandes espérances, a très-rarement réussi, de quelque manière qu'elle ait été employée; l'écrasement, outre qu'il n'est pas toujours exécutable, détermine beaucoup de douleur et fait chèrement acheter la guérison. La ponction de la bourse, suivie d'injections irritantes, constitue un traitement très-rationnel, et compterait de nombreux succès si elle était plus usitée; mais elle exige beaucoup de temps, ne prévient pas toujours la récidive et provoque souvent des accidents graves. La simple ponction à la manière de Bégin, en empêchant le parallélisme entre la plaie de la peau et celle de la bourse, met il est vrai à l'abri de tout danger, mais ne conduit pas au résultat. L'incision avec ou sans perte de subs-

tance, aidée des moyens propres à opérer la réunion immédiate ou l'adhésion secondaire, compte en sa faveur des autorités très-imposantes et le résultat de l'expérience; mais elle est toujours suivie d'accidents redoutables, et quelquefois la mort en a été la conséquence. La dissection de la bourse et son extirpation sans intéresser ses parois, ou après une division préalable, n'est certainement pas toujours praticable, et expose à une vive inflammation. J'ajoute que la généralité des malades reculera devant une telle opération pour la cure d'une tumeur souvent très-petite et pour eux de peu d'importance.

Quelle que soit la valeur respective des divers procédés de guérison, il est bon qu'ils restent dans la pratique, parce qu'ils peuvent, en raison de la variété extrême des cas, trouver leur utile application. Il est même un procédé auquel on n'a pas, je crois, songé, et dont on pourrait tirer parti, parce qu'il ne serait qu'une imitation de ce que nous offre la nature dans certaines circonstances. On sait que quelquefois, par suite des progrès d'une inflammation intense, les tumeurs enkystées s'ulcèrent spontanément dans un ou plusieurs points de leur surface, suppurent et guérissent sans faire courir de grands périls. Eh bien, ne serait-il pas rationnel d'ulcérer artificiellement certaines tumeurs enkystées, les muqueuses sous-cutanées, par exemple, les plus petites et les moins défavorablement placées parmi les synoviales des tendons? Je crois qu'on pourrait avoir à se louer dans ces cas, et dans d'autres aussi probablement, de l'application d'un bouton de feu. Je veux l'expérimenter à la première occasion. Mais sans insister sur ce point, j'arrive à un mode de traitement que quelques succès ont fait bannir, que quelques succès peuvent remettre en honneur et qui ne choque en rien le bon sens et la raison : ce moyen, fort simple du reste, est pour le moins aussi efficace que les plus vantés.

Durant le cours de mes études à Montpellier, une demoiselle d'environ quarante ans me pria de la débarrasser d'une tumeur qu'elle portait sur la face dorsale du pied gauche, au niveau des os cunéiformes. Cette tumeur, du volume d'une noix, était une véritable bourse synoviale. Je l'incisai timidement; il s'écoula une humeur semblable à du blanc d'œuf, et pour prévenir toute récidive, j'opérai la compression. Des accidents graves survinrent, la tumeur se rétablit, et j'en restai là, n'osant plus rien tenter. Ce résultat, joint à ce que j'avais entendu dans les écoles et à ce que j'avais lu dans les livres, m'avait rendu si circonspect ou plutôt si timide, que je ne désirais nullement avoir à traiter de semblables tumeurs, lorsque, dans les premiers temps de ma pratique médicale, je fus consulté pour une bourse synoviale que la femme d'un boucher portait à la face dorsale du carpe de la main droite. Une com-



pression méthodique, longtemps continuée, n'ayant rien produit, je parlai d'opération ; mais on la refusa, à mon grand contentement. Cependant certaines opérations plus ou moins graves ayant été conduites par moi à bonne fin, je devins de jour en jour plus courageux, plus entreprenant.

Un beau matin on me manda pour voir un petit garçon de quinze mois, qui, depuis sa naissance, portait derrière l'angle droit de la mâchoire inférieure, au-dessous de l'apophyse mastoïde, une tumeur arrondie, très-encroûtée, assez dure et donnant néanmoins une sensation manifeste de fluctuation. Je vis qu'il s'agissait d'une bourse muqueuse sous-cutanée. Comme on avait employé sans aucun fruit divers moyens, je proposai de traverser la tumeur d'un petit séton. On me laissa faire, et je procédai ici sans crainte et avec espoir de succès, parce que je mettais une grande différence entre cette bourse et celles de la demoiselle de Montpellier et de la femme du boucher. Une aiguille à suture, armée d'un étroit ruban de fil, traversa la bourse muqueuse. Il s'écoula un liquide séreux semblable à de l'urine pour la couleur. Ce séton, pansé durant dix-sept jours, amena l'adhésion secondaire complète des parois de la bourse, sans autre accident qu'une inflammation peu intense, même pendant les premiers jours.

Plus tard, une demoiselle de vingt-deux ans se présenta dans mon cabinet. Elle avait sur la face dorsale du carpe de la main droite une petite bourse synoviale qui la gênait un peu et dont elle désirait être guérie. Je voulus ici essayer du séton ; mais en raison des suites que je redoutais, je pratiquai d'abord une saignée, et purgeai ensuite la jeune consultante. Un séton formé de trois fils cirés traversa la petite bourse. Par les deux ouvertures s'échappa lentement une humeur comparable à du blanc d'œuf. Diète ; le soir, saignée du bras, lavement. Le lendemain, douleur vive dans la tumeur, fièvre ; seconde saignée. Le troisième jour, douleur très-supportable, moins de fièvre. Le quatorzième jour, j'enlève le séton, et le dix-neuvième la guérison est solide.

Plus d'un an après, une femme d'environ trente-huit ans me fit voir une tumeur, du volume d'un petit œuf, placée sur la face dorsale du pied gauche, au niveau des articulations tarso-métatarsiennes. Cette tumeur, véritable bourse synoviale, grossissait presque à vue d'œil et gênait considérablement la marche. Je la traitai de prime abord par le séton, par les saignées et les laxatifs avant et après l'opération, et par le repos absolu. Cette bourse contenait un liquide séro-purulent. Pendant cinq jours, l'inflammation et la fièvre furent assez fortes ; mais à partir de ce point, les choses se calmèrent, et la cure fut complète le vingt-troisième jour.

Ces deux succès très-encourageants me firent revenir de mes idées sur le compte des bourses synoviales des tendons. Je reconnus qu'on s'était très-probablement exagéré le danger qu'il y a à toucher à de semblables tumeurs, et que l'emploi du séton, dont Samuel Cooper et Boyer s'étaient très-mal trouvés, pouvait rendre d'utiles services. Dans l'espoir de tirer de l'oubli ce mode de traitement, qui n'a rien d'effrayant pour les malades et dont l'application peut être faite à un grand nombre de cas, je voulais publier sans retard mes deux observations; mais considérant que deux résultats heureux, quelle que fût leur valeur, pourraient ne pas dissiper toutes les craintes, et que la disposition des praticiens à accueillir favorablement l'usage du séton serait d'autant plus prononcée qu'un plus grand nombre de faits parlerait pour lui, je pris le parti d'attendre.

Pour mettre à profit tous les cas, je revis la femme du boucher; mais elle ne voulut pas entendre parler d'opération. A quelques jours de là, on me fit voir un garçon de douze ans, qui depuis plus de huit mois portait au niveau de la fontanelle postérieure une tumeur sous-cutanée peu mobile, assez dure, avec sensation évidente de fluctuation. Cette tumeur faisait des progrès lents. Sa résistance à la pression me faisait certainement croire qu'elle n'avait aucune communication avec la cavité crânienne; cependant, retenu par la crainte, j'essayai d'une simple ponction. L'ouverture donna lieu à la sortie d'un liquide séro-sanguinolent. Ici une compression très-facile pouvait évidemment produire l'adhérence des parois de la bourse muqueuse; mais le petit garçon et sa mère firent en quelque sorte de leur mieux pour entraver l'action de ce moyen. Aussi la bourse se remplit-elle de nouveau de liquide. Certain que la tumeur ne communiquait pas avec la cavité crânienne et qu'il était question d'une bourse muqueuse sous-cutanée, dont le traitement inspire moins de danger, je la traversai d'un séton qu'on pansa durant treize jours. Le dix-huitième, tout fut heureusement terminé. L'inflammation, la fièvre, furent très-légères.

Le séton avait déjà opéré la guérison de deux bourses muqueuses et de deux bourses synoviales, lorsque se présenta chez moi un jeune homme de vingt-trois à vingt-cinq ans, qui portait sur la face dorsale du pied droit, au niveau de l'articulation du cuboïde avec le quatrième métatarsien, une tumeur fort dure, très-circonscrite, du volume d'une grosse châtaigne et ne cédant pas à la pression. Je la regardai comme un véritable ganglion ou bourse synoviale des tendons, ne communiquant pas avec l'articulation sous-jacente et pouvant rationnellement être traitée par le séton. Après avoir convenablement préparé mon malade, je l'opérai. L'humeur qui sortit par les deux ouvertures

était un peu gélatineuse et jaunâtre. Durant quatre jours, les accidents inflammatoires furent très-intenses. Toutefois les émissions sanguines, les applications réfrigérantes, les émollients et la diète procurèrent du calme. Au sixième jour, tout danger avait disparu. Le séton resta en place jusqu'au seizième, et le vingt et unième la cure était parfaite.

Au mois de janvier 1842, on m'amena une fille d'environ quinze ans, qui depuis plusieurs mois, à la suite d'un violent effort, portait à la face antérieure du poignet gauche une tumeur d'un petit volume, offrant l'ensemble des caractères propres aux bourses synoviales des tendons. D'abord la mère ne voulut pas entendre parler d'opération, ce qui me détermina à user de la compression ; mais cette dernière occasionna de vives douleurs, et demeurant sans effet, on me permit d'agir. Quelques jours après la cessation du flux menstruel, une saignée et un laxatif préparèrent la jeune fille à subir l'opération. Un séton très-fin traversa la tumeur. Le soir il y eut beaucoup de fièvre, et il fallut rompre la veine. Le lendemain, la malade accusa une douleur vive le long du membre. Des cataplasmes et autres moyens convenables la firent peu à peu diminuer, et déjà vers le cinquième jour tout accident grave était dissipé. Le séton fut enlevé le douzième, et la guérison se trouva complète le dix-septième jour.

J'arrive au dernier fait, il est emprunté à la médecine vétérinaire. Ces jours derniers, en donnant quelques soins à mon cheval, je vis qu'il portait à la partie inférieure de l'humérus droit une tumeur du volume du poing. Cette tumeur, très-limitée, très-mobile, assez dure, offrait de la fluctuation cependant et ne gênait presque pas la marche. Elle s'était développée insensiblement à la suite d'une chute que le cheval avait faite quelque temps auparavant, et je crus pouvoir la traiter avantageusement par le séton. C'était une véritable bourse muqueuse sous-cutanée. Il s'écoula beaucoup de liquide séro-sanguinolent. Le soir, la bourse était de nouveau remplie de sérosité et très-douloureuse au toucher. Le trois-quarts, glissé à travers une des ouvertures du séton, donna issue au liquide, et des applications réfrigérantes furent faites dans le but de prévenir une inflammation trop vive. Le cinquième jour, la douleur avait sensiblement diminué, et la suppuration était en bonne voie. On ôta le séton le onzième jour, et le seizième tout fut fini.

Il est très-important de dire que sur tous les opérés j'ai remarqué dès le soir de l'opération le retour du liquide qui le matin s'était écoulé plus ou moins facilement par les ouvertures du séton. L'inflammation produite par le séton explique cette reproduction du liquide en même temps qu'elle fait comprendre l'impossibilité où il est de se faire jour au dehors par suite du gonflement des bords des deux plaies, étroitement

appliqués sur le corps étranger qui les traverse. Ce n'est que vers le cinquième jour, alors que la phlogose a diminué et que la suppuration commence, qu'on voit la matière séro-purulente, puis tout à fait purulente, s'écouler à chaque pansement et dans leur intervalle. Sur le cheval, je provoquai une seconde fois la sortie du liquide, et je fis bien assurément, car le trois-quarts, en donnant issue au liquide, fit cesser la tension extrême de la bourse et par suite apaisa la douleur. J'aurais pu avec le même profit agir de la sorte dans les autres cas. A l'avenir, je veux faire mieux encore : je veux, jusqu'au moment où le séton suppure, prévenir la distension de la poche et la douleur en ouvrant passage au liquide autant de fois que la chose sera nécessaire. La manœuvre est innocente et ses résultats excellents.

Mes succès encourageront sans doute à faire usage d'un moyen injustement abandonné. Il va sans dire que le séton n'est pas applicable à tous les cas ; il ne convient pas par exemple pour le traitement des bourses synoviales ou muqueuses contenant des humeurs plus ou moins épaisses, et qui ne sauraient se faire jour à travers les ouvertures ou qui ne s'en feraient que difficilement et après une longue suppuration. Une ponction exploratrice tirera d'embarras le praticien dans le cas où il sera incertain sur la nature et la consistance de la matière contenue dans la bourse.

Tout d'abord le chirurgien aura moins de répugnance à user du séton pour les bourses muqueuses ; mais il ne doit pas se laisser arrêter par la crainte de toucher aux synoviales ; il faut seulement alors prendre certaines précautions pour assurer le succès ou du moins pour conjurer tout danger sérieux. Je crois que les applications réfrigérantes sont très-propres à dissiper les accidents inflammatoires, sans parler des saignées et autres moyens analogues.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il serait absurde de considérer le séton comme devant toujours conduire à la guérison. Le séton a produit et produira encore des accidents plus ou moins graves ; mais ce reproche, on peut l'adresser à la plupart des autres procédés opératoires. L'important, c'est de savoir qu'on peut lui donner rang dans la pratique, et que dans bien des circonstances il mérite, par la facilité de son application et par les résultats qu'il est dans sa nature de produire, la préférence sur tous les autres.

ESPEZEL, D.-M.  
à Espéranza (Aude).

## CHIMIE ET PHARMACIE.

QUELQUES REMARQUES SUR LE SAFRAN DE MARS APÉRITIF  
ET SA PRÉPARATION.

Les praticiens sont loin de s'accorder sur la valeur thérapeutique du safran de mars apéritif : les uns, en effet, le considérant comme une des préparations ferrugineuses sur lesquelles il est le plus permis de compter, l'emploient presque exclusivement dans leur pratique ; tandis que d'autres, au contraire, ne le prescrivent que très-rarement, l'accusant d'être inconstant dans ses effets, et parfois même infidèle.

Les recherches chimico-pharmaceutiques auxquelles je me livre depuis longtemps m'ayant fait découvrir, dans des faits purement chimiques, l'unique cause d'un certain nombre d'anomalies physiologiques, attribuées jusqu'ici aux idiosyncrasies, j'ai été naturellement conduit à prendre la même voie pour tâcher d'arriver à la découverte de la vérité touchant les assertions diverses émises à propos du safran de mars apéritif : le lecteur jugera si j'ai été trompé dans mon attente.

On sait que le safran de mars que l'on rencontre dans les pharmacies varie beaucoup sous le rapport de la couleur : il est tantôt d'un brun jaunâtre clair ; tantôt d'un brun rougeâtre foncé. Eh bien ! cette différence de coloration ne tient pas à un simple état moléculaire, comme on serait porté à le penser au premier abord, elle tient à la constitution intime du composé, lequel est plus variable sous ce rapport qu'on ne le pense généralement aujourd'hui.

Dans un Mémoire plein d'intérêt, relatif à quelques phénomènes de la précipitation des sels de fer par les carbonates neutres, M. Soubeiran s'exprime ainsi : « Les chimistes savent qu'en versant dans une dissolution de sel ferreux un carbonate neutre, il se fait, sans effervescence, un précipité blanc de carbonate d'oxydure, correspondant, par son état de saturation, au sel alcalin qui l'a produit. Ce composé ne tarde pas à changer de nature ; il passe successivement au vert, puis au brun rouge : en cet état, il était connu des anciens chimistes sous le nom de safran de mars apéritif. »

Je ferai remarquer que M. Soubeiran a eu tort d'avancer que le précipité martial dont il vient d'être question était connu des anciens chimistes sous le nom de safran de mars apéritif : le composé désigné par eux sous ce nom était préparé en exposant de la limaille de fer à l'air humide de la nuit, et surtout aux rosées du printemps.

Quoi qu'il en soit, M. Soubeiran ayant analysé du safran de mars obtenu à l'aide d'un carbonate alcalin, l'a trouvé formé de peroxyde de fer, d'eau et d'une petite quantité d'acide carbonique, *sans aucune trace de fer protoxydé*; c'est-à-dire qu'il lui a trouvé la même composition qu'au véritable safran de mars des anciens, puisqu'il admet que la faible proportion d'acide carbonique qui existe dans cet hydrate ferrique n'est pas inhérente à sa composition : « Je ne pense pas, dit M. Soubeiran, que le carbonate de peroxyde de fer fasse essentiellement partie de la composition du safran de mars. Il se forme à mesure que le carbonate de protoxyde absorbe de l'oxygène, et il est lentement décomposé par l'action prolongée de l'air humide. La proportion dans laquelle il s'est trouvé ne permet pas de supposer qu'il puisse être combiné à l'hydrate; sans aucun doute il est accidentel, et il aurait été détruit par une exposition plus longue au contact de l'air.

« On conçoit, continue M. Soubeiran, qu'en outre de cette cause, la composition du safran de mars devra être très-variable. Il peut y rester du carbonate de protoxyde, et il en contiendra d'autant plus qu'il aura été séché avec plus de rapidité. Ceci nous explique comment Fourcroy en a retiré par la calcination de l'oxyde noir, et comment il a pu être considéré comme un carbonate neutre à base de protoxyde et de peroxyde de fer. »

J'ai fait un assez grand nombre d'essais analytiques de divers échantillons de safran de mars ordinaire des pharmaciens, et je n'en ai rencontré aucun ayant la composition indiquée par M. Soubeiran et par le *Codex*, c'est-à-dire qui pût être considéré comme un mélange de carbonate et d'hydrate de peroxyde de fer. Tous les échantillons commerciaux que j'ai soumis à l'analyse contenaient une proportion très-marquée de carbonate de protoxyde; j'en ai même rencontré qui en renfermaient plus de la moitié de leur poids, ainsi que je m'en suis assuré par la proportion comparative de bleu de Prusse que leur dissolution chlorhydrique m'a fournie en les traitant alternativement par les deux cyanures, jaune et rouge, de fer et de potassium.

Je me crois donc autorisé à proclamer que le safran de mars actuellement employé en médecine est différent de celui qui était usité jadis, puisque ce dernier ne renfermait aucune trace de protoxyde.

Le safran de mars des modernes est très-certainement plus actif que celui des anciens, et voici pourquoi.

On sait que la plupart des agents médicaux n'agissent qu'autant qu'ils sont absorbés; or, cette absorption se fait avec ou sans l'intermédiaire d'un dissolvant : tous les corps solubles sont absorbés directement; tous les corps insolubles au contraire ont besoin de l'intervention soit

d'un acide, soit d'un alcali, soit d'un composé salin, pour pouvoir éprouver les phénomènes de l'absorption. Ainsi, par exemple, les métaux et leurs oxydes demandent l'intervention des acides pour être absorbés; les acides insolubles, les huiles et les résines, l'intervention des alcalins, et les sels insolubles l'intervention des sels solubles. Ces acides, ils les trouvent dans le suc gastrique, ces alcalis dans le suc intestinal, et ces composés salins, dans toute la longueur du tube intestinal; mais comme la quantité d'acides, d'alcalis et de sels contenue dans les humeurs de l'économie est très-bornée, il s'ensuit que l'action médicale des composés insolubles est en général bornée aussi et rarement en rapport avec la quantité de matière agissante ingérée.

Si maintenant nous faisons l'application des principes que je viens d'exposer à l'étude thérapeutique du safran de mars apéritif, nous verrons : 1° que c'est dans l'estomac que ce composé insoluble pourra devenir soluble à la faveur des acides sécrétés par cet organe; 2° que ses effets physiologiques seront plutôt en rapport avec la proportion variable de la quantité d'acide renfermé dans l'estomac qu'avec la proportion de safran administré; 3° que la dose de fer absorbé sera plus grande avec du safran de mars riche en protoxyde de fer qu'avec du safran de mars entièrement formé par de l'hydrate de peroxyde, attendu que pour dissoudre deux équivalents de fer protoxydé, il ne faut que deux équivalents d'acide, tandis qu'il en faut trois pour dissoudre une égale quantité de fer combiné au maximum d'oxygène, c'est-à-dire un tiers de plus; donc le safran de mars actuel est plus actif que celui des anciens. De là sans aucun doute la cause de l'inégalité d'action des diverses variétés du safran de mars employé en médecine.

De ce qui précède, je crois devoir conclure que dans les préparations du safran de mars apéritif par les carbonates, loin de favoriser l'absorption de l'air par l'agitation et l'étendue des surfaces, comme on le recommande, il conviendrait d'en faire le lavage avec de l'eau privée d'air et d'en opérer la dessiccation en couches très-épaisses.

Ce dernier précepte est du reste tout naturellement mis en pratique chez les fabricants de produits chimiques par suite de la grande proportion de produits sur laquelle ils agissent; aussi leur safran est-il brun rougeâtre foncé, c'est-à-dire riche en protoxyde, et non brun jaunâtre, comme l'est celui qui en est en tout ou en grande partie dépourvu.

L. MIALHE.

## UN MOT SUR LA PRÉPARATION DE L'ÉMÉTIQUE.

Voici un procédé pour la préparation de l'émétique, extrait de la Pharmacopée universelle de Geiger, continuée par Mohr :

PRENEZ : Sulfure d'antimoine pulvérisé et  
           passé à travers un tamis fin. 12 parties.  
           Nitrate de soude pulvérisé. . . . 10 —  
           Ou Nitrate de potasse. . . . . 12 —  
           Mêlez intimement dans un mortier.

D'autre part, mettez dans une capsule de porcelaine, et si vous opérez en grand, dans une capsule de plomb :

Eau commune. . . . . 24 parties.  
           Acide sulfurique concentré. . . . 12 —

Portez à l'ébullition, et alors projetez-y par petites portions le mélange de sulfure et de nitre, attendant, pour faire une nouvelle projection, que la matière ajoutée précédemment ait pris une couleur grise. Quand tout le mélange aura été introduit, faites évaporer à l'ébullition presque jusqu'à siccité; enlevez la matière du feu, et abandonnez-la au refroidissement.

Prenez la masse d'un blanc gris qui se sera formée, réduisez-la en pâte à l'aide d'un peu d'eau, délayez-la dans une plus grande quantité d'eau et décantez, et cela à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que quelques particules lourdes de sulfure d'antimoine qui n'auront pas été attaquées.

Lavez le dépôt fin obtenu par la décantation jusqu'à ce que les eaux de lavage aient perdu toute acidité, et faites égoutter avec soin; alors :

PRENEZ : De ce sulfate d'antimoine humide. . . la totalité.  
           Crème de tartre en poudre. . . . . 11 parties.

Faites, avec quantité suffisante d'eau distillée, une pâte que vous laisserez exposée à une douce chaleur pendant quelques heures; ajoutez ensuite 96 parties d'eau distillée; faites bouillir pendant quelque temps, et filtrez bouillant pour obtenir des cristaux; les eaux-mères en fourniront une nouvelle quantité. Enfin les dernières eaux-mères, saturées par un peu de potasse, en fourniront encore.

M. Mohr préfère ce procédé à tous les autres, à cause de la facilité de préparation et de la bonté du produit. Le succès dans la préparation de l'émétique, dit M. Soubeiran en rapportant ce procédé, dépend surtout



de la préparation de l'oxyde d'antimoine : si celui-ci a été fait par la voie humide il se dissout bien plus facilement par la crème de tartre que s'il a souffert la déflagration, la calcination ou la fusion.

Il faut tâcher encore que l'oxyde d'antimoine soit autant que possible exempt de fer, car il est fort long et fort difficile de se débarrasser de celui-ci par des cristallisations; on perd par là beaucoup de matière, de temps et de feu. Bien que la poudre d'Algaroth se dissolve aisément dans la crème de tartre, on hésite à la recommander, parce que sa préparation, opérée sur de grandes masses, n'est pas sans difficultés. Dans le procédé qui vient d'être décrit, qui ne diffère pas de celui donné par la Pharmacopée de Londres en 1809, on se débarrasse du fer, de l'arsenic et des acides de l'antimoine; on opère avec des matières communes et que l'on trouve partout suffisamment, parce que le sulfure qui reste mêlé à l'oxyde n'est pas inutile; par sa présence il empêche la formation des acides de l'antimoine.

L'expérience a prouvé à M. Soubeiran que ce procédé est, comme le dit M. Mohr, d'une exécution facile, et qu'il donne un produit avantageux. Ce procédé n'est du reste pas nouveau; ce n'est, à proprement parler, que le procédé de Philips, dans lequel un moyen commode de préparer le sulfate d'antimoine a remplacé un autre procédé presque impraticable.

#### UN MOT SUR LA KWOSÉINE, OU COSSÉINE, ET SA PRÉPARATION.

J'ai déjà publié dans ce journal mes recherches sur la fleur du kwoso, ténifuge employé en Abyssinie, que M. d'Abbadie, célèbre voyageur, avait rapporté de ce pays. D'après mon analyse, j'ai signalé dans cette plante un principe cristallisable dont je ne pus, faute de matière, déterminer la nature.

Depuis cette époque, j'ai été assez heureux pour me procurer de nouvelles fleurs, et compléter mes recherches sur ce sujet. Les cristaux que j'ai obtenus des fleurs du kwoso sont blancs soyeux, d'une saveur stiptique; ils sont solubles dans l'alcool et dans l'éther sulfurique; les acides sulfhydrique, azotique et chloridrique les dissolvent, sans les décomposer. Chauffés dans un tube en verre, ces cristaux fondent en décrépitant légèrement; si on expose à l'orifice du tube un papier de tournesol rougi et humecté, il est bleui à l'instant; enfin, si l'on élève davantage la température, ils répandent, en se décomposant, une odeur fétide. J'ai donné à ces cristaux le nom *cosséine*. On les obtient de la manière suivante :

Fleurs de kwoso réduites en poudre fine. . . 250 grammes.

Alcool à 36 degrés. . . . . suffisante quantité.

Faites macérer pendant quinze jours; déplacez cet alcoolé par une égale quantité d'eau distillée froide; renouvelez cette eau jusqu'à ce qu'elle ne se charge plus de principes solubles; distillez l'alcoolé pour ne pas perdre d'alcool; mêlez le résidu de la distillation aux colatures aqueuses; évaporez ce mélange au bain-marie, jusqu'à la consistance d'extrait sec. Faites redissoudre cet extrait dans une suffisante quantité d'eau distillée froide; filtrez de nouveau; lavez le précipité avec de l'eau alcoolisée. Lorsque le précipité est sec, traitez-le par de l'alcool à 36 degrés, et bouillant; évaporez l'alcool à une douce température; séchez les cristaux entre deux feuilles de papier joseph. Si les cristaux ne sont pas assez blancs, traitez-les par le charbon végétal.

Nous regrettons de n'avoir pu nous assurer si la fleur du kwoso doit son action thérapeutique à cet alcoolé.

En 1840, M. Aubert a lu à l'Académie des sciences un Mémoire très-intéressant sur les propriétés médicales des plantes qui croissent en Asie : cet honorable praticien a confirmé par ce travail ce que nous avions dit de la fleur du kwoso, c'est-à-dire que cette plante était le seul ténuifuge employé en Abyssinie.

STAN. MARTIN, pharmacien.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR UN MOYEN FACILE ET SUR D'ENLEVER LES TACHES DITES DE ROUILLE  
SUR LE LINGE LORSQU'ON A RECOURS AUX APPLICATIONS EXTÉRIEURES  
DE SULFATE DE FER.

Dans un article inséré dans le XXII<sup>e</sup> volume du *Bulletin de Thérapeutique*, M. le professeur Velpeau se plaint de ne connaître aucun réactif propre à enlever commodément la couleur jaune dont est sali le linge employé à l'application de la dissolution de sulfate de fer, qu'il vante comme un spécifique contre l'érysipèle. D'après quelques essais, ce traitement m'a paru bon, et pourra rester dans la thérapeutique. C'est donc un service à rendre que de faire connaître un procédé qui enlève l'oxyde de fer sans altérer le linge, service qui sera surtout apprécié dans les hôpitaux.

Le sulfate sous-basique de peroxyde de fer, précipité sur les tissus,

n'est insoluble dans les acides faibles qu'à cause de son excès d'oxygène ; en lui enlevant cet excès, on le ramène à l'état de protoxyde, dont la solubilité est connue. Cet effet s'obtient par le protochlorure d'étain, dont l'action est journellement mise à profit dans les arts. Je l'ai expérimenté très-souvent contre les taches de peroxyde de fer qui restent parfois sur le linge quand il a été lessivé.

Ainsi l'on fait une légère dissolution de protochlorure d'étain, on l'acide avec l'acide hydrochlorique, et l'on y fait tremper les objets tachés pendant plusieurs heures. De cette façon, on blanchit très-bien à froid les tissus de fil ou de coton maculés par le peroxyde de fer, et l'on n'altère en rien la force et la ténacité de ces tissus. Peut-être même, en additionnant la dissolution de sulfate de fer d'une petite quantité de sel d'étain, empêcherait-on directement la suroxydation du fer.

— Ne pourriez-vous pas, monsieur et honoré confrère, vous élever, dans votre bon et grave journal, contre le néologisme médical ? C'est un véritable fléau dont se plaignent les médecins de province, en ce qu'il les force de s'enquérir de la signification d'un déluge de mots nouveaux, et de surcharger leur mémoire de puérilités inutiles. Encore si ces créations exubérantes étaient toujours justes et présentaient des idées nettes, se résigneraient-ils ; mais bien loin de là, et vous en conviendrez. Entre des dénominations bien connues et des dénominations nouvelles qui ne valent pas mieux, autant vaudrait s'en tenir aux anciennes. N'allez pas croire cependant que je repousse toute innovation en ce genre ; je me plains de la manie néologique, et non de la création sobre des mots nécessités par les progrès de la science.

NICOD, D'ARBENT, D.-M.

A Lyon.

#### DE L'EFFICACITÉ DES FUMIGATIONS DE TABAC CONTRE LA GOUTTE.

Cette note n'a point pour but de faire connaître un nouveau remède contre la goutte, mais bien de confirmer la valeur thérapeutique d'un moyen qui, quoique tombé dans le domaine public, n'en est pas moins héroïque.

Il y a quatre ans, à pareille époque, je ressentis pour la première fois une douleur vive au gros orteil du pied droit ; je ne doutai pas un instant avoir affaire à une douleur goutteuse. Mes souvenirs de famille m'avaient depuis longtemps préparé à ce triste héritage. J'eus recours aux fumigations de tabac, dont j'avais souvent entendu vanter les bons effets, je fus immédiatement soulagé. Depuis lors, j'ai été plusieurs fois

obligé d'employer le même remède, et j'ai toujours obtenu le même succès.

Je m'étais promis, lors de la dernière attaque, d'expérimenter, à la plus prochaine occasion, les solanées vireuses auxquelles je croyais pouvoir, par analogie, m'adresser avec quelque confiance; j'ai complètement échoué dans ce nouvel essai. Je suis revenu ensuite à mon spécifique par excellence, qui ne m'a point fait défaut après trois jours de douleurs intermittentes difficiles à décrire. Cette dernière circonstance m'a prouvé que les fumigations de tabac agissaient contre la douleur goutteuse bien développée, arrivée à son summum d'intensité, aussi bien qu'elles avaient agi à son début. Je dois ajouter ici qu'une seule fumigation a constamment suffi pour faire disparaître entièrement la douleur, quoique je n'eusse changé en rien mes habitudes de vivre.

Ne serait-il point possible d'éviter le retour du mal en faisant de temps en temps usage des fumigations? Ne pourrait-on pas employer les fumigations avec quelque avantage lorsque la goutte a déjà envahi les grandes articulations? Je pense pouvoir répondre par l'affirmative, en regrettant toutefois que mes observations pratiques sur cette affection ne puissent pas être plus fréquentes dans nos campagnes.

L'appareil dont je me sers est des plus usuels; il se rencontre par conséquent en tous lieux. C'est un fourneau à main que l'on recouvre de son couvercle renversé, lorsque le charbon est en pleine combustion: sur ce couvercle bien chauffé on projette 125 grammes de tabac à fumer par petites portions, de manière à faire durer cette petite opération de cinq à dix minutes; le membre souffrant est placé dans cette atmosphère de fumée et en même temps friccionado avec une flanelle qui sert ensuite à envelopper la partie malade.

Je remets maintenant à de plus habiles le soin d'apprécier cette médication bien ancienne déjà, mais qui mérite, par sa simplicité et par ses bons résultats, d'arrêter un moment l'attention des médecins.

EM. HINARD, Ph. et M. P.  
à Argenteuil (Seine-et-Oise).

#### DE L'UTILITÉ DES VOMITIFS DANS LE CATARRHE AIGU DES ENFANTS.

Un fait avéré en thérapeutique et devenu presque règle générale par les résultats cliniques, c'est que les émissions sanguines chez les sujets en bas âge n'offrent pas des avantages aussi réels et aussi sûrs que chez les personnes à constitution forte. chez les sujets en un mot où tous les

rouages de la machine organique sont arrivés à leur apogée de perfection. Aussi, d'après cela, ne doit-on pas être étonné que beaucoup de praticiens et d'observateurs habiles aient recouru dans des maladies de l'enfance, quoique présentant le cachet inflammatoire, à des médications qui théoriquement ne leur étaient point applicables, et dont le résultat était cependant avantageux. C'est ainsi que les vomitifs ont été utilisés et employés dans le catarrhe aigu des enfants.

L'emploi des vomitifs dans les affections pulmonaires des enfants n'est pas nouveau. Voilà déjà longtemps que les expériences cliniques sont venues se prononcer sur les avantages de ces moyens thérapeutiques. Aussi, dans cette circonstance, ce n'est point le but de produire des procédés nouveaux qui nous fait agir, mais bien le désir de montrer aux praticiens, peut-être encore influencés par l'hydre inflammatoire, que des maladies de nature identique peuvent être traitées par des médicaments de propriété différente. Sans doute, quand la médecine physiologique régnait dans tout son éclat, quand la médecine pratique semblait se matérialiser dans les émissions sanguines, nous n'aurions pas osé émettre une semblable proposition; mais l'expérience a fait justice de ces théories plus ou moins chimériques, pour ne se conformer qu'à la saine observation.

La différence entre le catarrhe aigu des enfants et celui des adultes ne consiste pas dans les mots, mais dans les faits pathologiques : que l'on compare chez eux le début d'invasion de cette maladie, on voit, chez les adultes, la douleur régner dans toutes les parties du thorax, la difficulté de la respiration être peu intense, les bruits respiratoires ne présenter qu'une faible différence avec ceux de l'état normal; en un mot, cette affection présente peu de gravité, soit dans les prodromes, soit dans ses résultats. Il est loin d'en être ainsi chez les enfants en bas âge; sitôt qu'un enfant se trouve sous l'influence d'une affection, je ne dis pas catarrhale, comme l'indiquent les anciens, et surtout l'école humoriste, mais bien telle que l'entend l'école anatomique, c'est-à-dire la bronchite, la difficulté dans la respiration survient instantanément, la fièvre apparaît avec intensité, l'enfant, qui la veille jouissait de toutes ses aptitudes au plaisir, tombe dans un état de prolapsus complet, la dyspnée en est la compagne inséparable, et très-souvent l'orthopnée. La difficulté de pouvoir ausculter ces jeunes sujets, les cris qu'ils poussent sitôt qu'on les aborde, font que les signes stéthoscopiques sont tout à fait incertains. Cet ensemble de symptômes est alarmant; et une affection qui, chez une personne adulte, n'aurait peut-être pas été considérée comme maladie, effrayent les parents, quidemandent une médication prompte et énergique.

S'il nous fallait assigner au catarrhe aigu des enfants une manière

d'être, s'il fallait en rechercher la cause, nous serions loin de vouloir la comparer à la bronchite aiguë des adultes. La différence dans ses symptômes ne doit pas seulement tenir à l'état de force et d'accroissement du poumon, c'est à d'autres explications qu'on doit s'adresser.

Les inflammations chez les enfants présentent des différences bien tranchées avec celles des adultes ; c'est ainsi que le croup, maladie de l'enfance, n'a qu'une simple analogie chez les adultes. La diphtérie, telle que l'a décrite Bretonneau de Tours, peut lui offrir, il est vrai, des points de comparaison, mais tellement faibles que les observateurs pourraient les révoquer en doute. Ainsi, puisqu'une maladie qui amène des résultats physiques identiques ne peut pas lui être comparée, puisque le produit de l'une et de l'autre est la formation de fausses membranes, pourquoi vouloir comparer des maladies dont les effets symptomatiques sont si disparates ? pourquoi, dis-je, croire que la bronchite des adultes soit identique au catarrhe aigu des enfants ? C'est d'après cela que j'ai été conduit à considérer la bronchite, ce catarrhe aigu, comme une affection spécifique : si nous voulions leur trouver quelques points de comparaison, nous les trouverions plutôt dans le catarrhe des vieillards.

L'usage des vomitifs dans cette affection est depuis longtemps du domaine de la thérapeutique ; j'ai voulu aussi expérimenter l'effet des émissions sanguines ; mais dès à présent je puis avouer que les résultats sont loin de m'avoir été favorables. — Le vomissement dans ces affections ne consiste pas à déterminer l'expulsion d'une plus ou moins grande quantité de bile ou de mucosités contenues dans l'estomac, ou, comme le disaient Stoll et son école, à faire cesser l'influence de la bile qui semble dominer les symptômes : le rôle des vomitifs, dans ces cas, est certainement plus important et plus complexe.

Jusqu'à ce que l'école italienne, à la tête de laquelle nous devons placer Rasori et Tomassini, nous eût indiqué que l'effet du vomissement ne consistait pas dans les contractions plus ou moins grandes de l'estomac, mais bien que son influence se faisait encore sentir sur tout l'ensemble de l'économie, les médecins n'avaient songé à utiliser cet acte physiologique que pour déterminer la sortie des matières ingérées dans l'estomac, ou dans les parties circonvoisines. Mais il y a là un double effet thérapeutique ; le premier a lieu sur l'estomac par sa spécialité d'action, le second se fait sentir sur tout l'organisme.

Lorsque l'on administre un vomitif soit végétal, soit minéral, après le vomissement, le sujet auquel il a été administré se trouve sous l'influence d'un collapsus général ; le pouls, qui dans le principe donnait quatre-vingts pulsations, je suppose, descend bien vite à soixante et

quelquefois au-dessous; les forces musculaires sont diminuées; en un mot, il y a faiblesse générale. D'après cela, est-il difficile de concevoir que le résultat soit avantageux dans des maladies dont la nature peut paraître inflammatoire?

Toutes les fois que nous avons été appelé auprès d'enfants atteints de catarrhe aigu, voici la règle de conduite que nous avons suivie. D'abord nous faisons prendre au jeune malade 45 grammes de sirop d'ipécacuanha additionnés de 7 centigrammes de tartre stibié, en deux prises le matin, ou à quelque heure que ce soit dans le courant de la journée, pourvu qu'il n'y ait pas de matières ingérées dans l'estomac. A la suite de cette mélécation, il survient ordinairement sept à huit vomissements et souvent beaucoup plus; ces vomissements ne doivent pas effrayer, à cause de la facilité avec laquelle les enfants vomissent. Le jour de l'administration de ce médicament, les enfants sont dans un état de faiblesse difficile à décrire, les forces semblent diminuer; cet état de faiblesse fait presque instantanément cesser la gêne dans la respiration. Cette faiblesse, chez les enfants faibles, se prolonge quelquefois deux et trois jours de suite, mais la maladie première est tout à fait enrayée. Quelquefois nous avons à traiter des enfants auxquels des sangsues ont été appliquées sur le thorax, des vésicatoires aux bras, comme dérivatifs; nous n'avons pas craint de donner immédiatement des vomitifs, et le résultat est venu en prouver l'avantage.

Si les observations si admirablement décrites par Rasori ne nous donnaient pas de ce traitement des explications suffisantes, nous serions peut-être dans l'incertitude pour pouvoir nous en rendre compte; mais les effets des contro-stimulants sont trop bien avérés pour que nous devions nous y arrêter davantage. J'aurais pu à la suite de ces réflexions ajouter quelques observations, mais il m'a paru qu'elles n'étaient point nécessaires pour rappeler l'attention des praticiens sur ce point trop négligé de thérapeutique.

P. DASSIT, D. M.  
A Confolens (Charente).

---

UNE REMARQUE SUR LES ACCOUCHEMENTS AVEC PRÉSENTATION OU SORTIE DU BRAS. — SUR QUELQUES CAS D'INSERTION DU PLACENTA SUR LE COL.

Les faits publiés récemment dans votre journal m'offrent l'occasion de vous citer plusieurs observations qui ont rapport à des accouchements répétés, où, chez la même femme, l'enfant a présenté l'épaule, le bras, ou chez laquelle la sortie du bras s'était déjà effectuée.

M. Loisel, ancien membre du collège de chirurgie de Rennes, bon observateur, et accoucheur distingué de notre ville, mon frère et moi, avons observé, pendant l'espace de plus de quarante ans, que certaines femmes qui avaient accouché successivement de plusieurs enfants avec présentation du bras, avaient l'habitude, dans le courant de la grossesse, d'élever leurs bras, soit pour porter des corps plus ou moins lourds, soit pour atteindre ou élever ces mêmes corps. Cette habitude, trop longtemps continuée, exigeant l'action simultanée des muscles du thorax et du bas-ventre, les viscères abdominaux sont plus ou moins déplacés, surtout l'utérus, dans l'état de grossesse.

Nous avons toujours vu avec satisfaction qu'en recommandant à ces femmes d'éviter ces grands mouvements, les enfants se présentaient dans une bonne position de l'extrémité de l'ovaire dans les accouchements qui suivaient ceux-ci, où le bras était toujours précédemment sorti. C'est une vérité acquise pour nous, et par conséquent digne de fixer l'attention de nos confrères. Je pourrais rapporter plusieurs observations à l'appui de ce que j'avance ici ; ce fait, on peut le vérifier en conseillant aux femmes enceintes parvenues au cinquième mois d'éviter les efforts avec les bras élevés ; cette recommandation intéresse surtout celles qui ont eu de mauvaises présentations.

— Il n'y a aucun cas en médecine et en chirurgie où les secours de l'homme de l'art soient plus indispensables que dans l'hémorrhagie suite de l'insertion du placenta sur le col utérin. En effet, deux êtres, la mère et l'enfant, courent les plus grands dangers. Le travail de l'accouchement, qui dilate le col et l'orifice utérin, au lieu d'être utile, devient la source des plus fâcheux accidents, puisque le placenta, qui devait sortir après l'enfant, le précède, au contraire, par un renversement des phénomènes ordinaires de la nature, à laquelle il faut aider ici plus que dans aucun autre cas.

M<sup>me</sup> Prudhomme, âgée de vingt-neuf ans, rue Port-Malo, fut accouchée par moi le 21 janvier 1842, à huit heures du matin, d'un garçon venu à terme. Je fis la version podalique pour arrêter une perte énorme de sang occasionnée par l'insertion du placenta sur l'orifice utérin. J'eus la consolation d'avoir l'enfant vivant et la mère sauvée du plus grand danger. M<sup>me</sup> Roussel, sage-femme, était auprès de la malade réduite à une extrême faiblesse, et menacée de périr pendant l'opération. Je reconnus une dilatation de l'orifice utérin de 3 à 4 centimètres, et le vagin rempli de caillots que je fis sortir. Le milieu du placenta était sur l'orifice, et bien implanté sur le col. Le trouvant légèrement détaché à gauche, j'introduisis peu à peu les doigts de la



maui droite entre le placenta, que je détachai, et la paroi gauche du col, et, après un trajet de 9 à 10 centimètres, ma main arriva aux membranes, que je perçai de suite. Il s'écoula beaucoup d'eau mêlée de sang. Il me fut facile de faire la version dans l'état de faiblesse où se trouvait l'utérus. L'enfant était pâle dans toutes les parties du corps. Cet enfant a vécu quelques jours, et la mère s'est très-bien rétablie; elle a eu un autre enfant le 24 décembre dernier, qui est venu par les seuls efforts de la nature.

M<sup>me</sup> F., âgée de vingt-huit ans, eut une hémorrhagie utérine à son cinquième mois de grossesse, qui se répéta plusieurs fois depuis le 9 août jusqu'au 7 septembre 1842, jour où elle accoucha naturellement, mais prématurément, d'un enfant vivant. L'usage du tampon, qui avait été indiqué avant l'accouchement pour modérer la perte de sang devenue de plus en plus inquiétante, eut pour effet de provoquer des douleurs, de hâter la dilatation du col et de favoriser l'accouchement.

L'examen du placenta m'a offert cette particularité, que le cordon ombilical, au lieu d'avoir son extrémité placentaire adhérente seulement à un point de cette masse spongieuse, formait un pli de 8 à 9 centimètres, depuis l'adhérence de cette extrémité jusqu'àuprès du bord du placenta, retenu là par les replis des membranes. Par cette disposition particulière, il est facile d'expliquer que l'enfant ayant acquis assez de force vers le cinquième mois de la grossesse, ses mouvements tendaient à produire le décollement du bord du placenta répondant à cette portion du cordon adhérente de 8 à 9 centimètres. En effet, M<sup>me</sup> F. a toujours remarqué que les plus grands mouvements de l'enfant étaient ceux qui provoquaient la plus grande sortie de sang; le cordon ombilical, tirailé par les mouvements de l'enfant, ne pouvait agir que sur le bord du placenta, puisque ce cordon formait un coude par le repli des membranes qui le maintenaient dans cette position vicieuse, qui a pu être la seule cause de cet accouchement prématuré.

F. LEMONNIER, D. M. à Rennes.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*Sur la formation artificielle d'un urètre.*—L'histoire des lésions de l'urètre doit beaucoup aux travaux de M. Ricord, qui vient d'y ajouter un fait nouveau et peut-être unique dans les annales de la science.

Il s'agit d'un individu chez lequel le canal urinaire avait été complètement détruit par un chancre phagédénique dans toute l'étendue de sa portion spongieuse : la plus grande partie de la peau de la verge avait de même disparu sous l'influence de l'ulcération, et les deux tiers de la circonférence des corps caverneux, ainsi que le sillon longitudinal indiquant le trajet de l'urètre, se montraient recouverts d'un mince tissu de cicatrice. Enfin l'urine s'échappait du fond d'une ouverture située dans un repli profond de la peau des bourses. Pour remédier à un pareil état, M. Ricord a cru devoir établir un nouveau canal entre les corps caverneux et le tissu de cicatrice qui les enveloppait. Dans ce but, il s'est servi d'une longue tige de trocart aplatie et terminée en fer de lance. L'instrument a été d'abord introduit par le méat urinaire, et vers le milieu de la région balanique, sa pointe a pénétré dans le tissu cellulaire qui double les corps caverneux. En le faisant alors progresser suivant la direction de l'urètre, M. Ricord a décollé l'enveloppe externe jusqu'à la rencontre d'un gorgeret préalablement introduit à la profondeur d'un centimètre et demi dans l'ouverture par laquelle sortaient les urines.

Ainsi le canal artificiel, partant du milieu de la région balanique, est venu rejoindre la portion de l'urètre correspondant aux bourses, à un centimètre et demi au delà de son ouverture externe. Après cette opération, qui s'est terminée sans occasionner de très-vives douleurs, une canule en argent est venue remplacer la tige du trocart, et deux heures plus tard les urines s'écoulaient librement par cette nouvelle voie. On s'est contenté pour tout pansement d'appliquer des compresses d'eau froide. Il n'y a eu que très-peu de gonflement et de réaction inflammatoire. La canule a été remplacée le cinquième jour par une sonde en gomme élastique, et depuis le 23 janvier, jour de l'opération, le volume des sondes a été graduellement augmenté, de manière à donner au nouveau canal un diamètre convenable. — Cette observation est surtout intéressante par l'étendue de la portion d'urètre que l'art a dû reconstruire. — L'écueil à redouter dans la formation de ces conduits excréteurs artificiels est leur rétrécissement consécutif, et quelquefois même leur oblitération partielle, qui les rend impropres à l'accomplissement de la fonction à laquelle ils sont destinés. Nous suivrons avec intérêt l'opéré de M. Ricord, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui pourra arriver ultérieurement.

---

*Un mot sur les péritonites spontanées ou primitives.* — C'est une opinion généralement répandue et exprimée dans les livres, que la péritonite aiguë se montre à peu près exclusivement à la suite des per-

forations intestinales, des lésions traumatiques, des tentatives d'avortement, des hernies, des accouchements. Pour beaucoup de personnes, l'existence d'une péritonite aiguë comporte presque nécessairement celle d'une des circonstances précédentes ou de quelque autre semblable. M. Logerais, dans une thèse intéressante (15 juin 1840) sur la péritonite, dit que des observateurs consciencieux sont encore à se demander si la péritonite peut se développer spontanément, c'est-à-dire sous l'influence de causes indirectes plus ou moins appréciables, comme toutes les phlegmasies. Voici comment s'exprime à ce sujet M. le professeur Chomel.

« La péritonite spontanée et primitive est une maladie rare. Cette opinion, que nous avons émise en 1826, est devenue depuis lors une conviction profonde. Dans cet espace de quinze années, nous ne nous rappelons pas un seul fait de péritonite terminé par la mort, et dans lequel l'examen anatomique ait été fait convenablement, qui soit contraire à cette observation générale; sous ce rapport, la péritonite fait exception parmi les membranes séreuses. » (*Dict. de médecine*, tome XXIII).

Broussais disait également que le péritoine ne recevait pas primitivement l'irritation inflammatoire, mais qu'elle lui venait toujours de causes traumatiques, de déchirures, etc. A priori, l'on s'étonne de cette sorte de privilège du péritoine, et je ne sache pas du reste qu'on en ait encore donné l'explication.

Mais c'est que la péritonite spontanée n'est pas aussi rare qu'on l'a dit. Il est des choses qui se répètent sans grand examen quand une fois elles ont paru généralement admises. N'est-ce pas un hasard inexplicable qui pendant quinze années a éloigné les faits de ce genre de la vaste observation de M. Chomel? Ensuite, la plus grande bonne foi est quelquefois ingénieuse à prêter aux faits une signification cherchée.

On trouve très-fréquemment chez les vieillards des hospices des traces d'anciennes péritonites comme d'anciennes pleurésies : ces traces sont même beaucoup plus communes dans le péritoine que dans le péricarde. On les trouve le plus habituellement sous forme d'adhérence entre le grand épiploon et la paroi abdominale antérieure, et surtout dans la région sous-hépatique, à l'entour de la vésicule biliaire.

Nous pourrions citer plusieurs exemples de péritonites suivies de guérison, qui sont pour nous des exemples certains de péritonites spontanées ou primitives. Nous nous contenterons de rapporter ici deux observations suivies d'autopsies recueillies dans ces derniers temps à la Charité, dans le service de M. Cruveilhier : ces cas ne paraissent pouvoir être l'objet d'aucun doute relativement au point qui nous occupe.

Un jeune homme âgé de dix-sept ans, charpentier, était depuis deux mois dans le service de M. Velpeau, à la Charité, pour un ulcère à la jambe. Le 20 janvier 1843, après quelques jours d'un peu de fièvre, d'anorexie, il fut pris tout à coup de douleurs très-vives au bas-ventre et dans les flancs, de vomissements, de diarrhée, de frissons violents.

Le 24 janvier 1843, jour de l'entrée du malade dans les salles de M. Cruveilhier, la face était profondément altérée, les yeux caves, entourés d'un cercle grisâtre, les joues un peu colorées, la langue presque sèche, rouge sur les bords, couverte d'un enduit blanc, épais; la soif très-vive, les nausées continuelles. Il y a à peine de la céphalalgie, mais des bourdonnements d'oreilles. Le ventre est aplati, la moindre pression est insupportable et arrache des cris. Pas de selles depuis deux jours. Respiration fréquente, pénible; besoins de tousser fréquents, arrêtés par les douleurs abdominales. Peau sèche, assez chaude; pouls d'une grande fréquence, petit, régulier; l'intelligence intacte. On pratique une application de 20 sangsues aux aines, on donne un lavement purgatif, on fait des onctions mercurielles sur le ventre. Ces moyens n'ont aucun effet avantageux; la sensibilité du ventre est même plus vive, et occupe une plus grande étendue; l'altération des traits est plus profonde. On renouvelle l'application des sangsues, on continue les onctions mercurielles, et l'on pose des vésicatoires aux cuisses. L'état s'aggrave, le malade tombe dans un affaissement profond, les facultés s'affaiblissent, et il succombe, le 28, après une longue agonie.

À l'autopsie, on a trouvé dans le péritoine une grande quantité de pus d'un blanc jaunâtre, sans odeur, sans aucun mélange. Les intestins sont, dans toute leur étendue, recouverts de fausses membranes blanches, minces, friables, et qui les font adhérer ensemble. Au-dessous de ces fausses membranes, le péritoine lui-même paraît épaissi, et se détache facilement en lamelles blanchâtres, friables, sans injection. Les différents viscères de l'abdomen et du bassin, examinés avec grand soin, ne présentent aucune altération.

Le sujet de la seconde observation est un infirmier d'une bonne santé habituelle, qui le 18 janvier 1843 fut pris d'un peu de frisson et d'une douleur autour de l'ombilic, après avoir bu, dans la journée, de l'eau froide ayant très-chaud, ce qui du reste lui arrivait souvent. Malgré ses douleurs, il peut encore pendant deux jours continuer son service. Le 31, il fut pris de vomissements verdâtres, et les douleurs augmentèrent. Voici quel était son état le 2 février: facies grippé, yeux cernés, joues assez colorées; l'intelligence parfaite, point de céphalalgie; langue rouge, peu humide, avec enduit blanc partiel; soif vive, nausées fré-

quentes et continuelles sans vomissements. Le ventre est ballonné, très-sonore, partout assez vivement douloureux à la pression et dans les mouvements. Les douleurs se font à peine sentir spontanément quand le malade demeure immobile. La sensibilité de l'abdomen rend la respiration difficile et la toux presque impossible. On ne trouve rien à l'auscultation. La peau est chaude et sèche; le pouls de 110 à 120, régulier, fort et assez développé. — Saignée de 480 grammes, 40 sangsues sur le ventre, bain prolongé. — Malgré ces abondantes émissions sanguines, il n'y a pas de rémission sensible dans les symptômes. Le ventre est toujours dur, tendu, peut-être un peu moins sensible; le pouls est très-fréquent et développé. On fait une nouvelle application de 40 sangsues sur le ventre, on pose des vésicatoires aux cuisses, on pratique des onctions mercurielles sur le ventre. Le troisième jour le malade meurt. — Chez ce sujet, le péritoine contient à peine 30 grammes d'un liquide jaunâtre assez clair, d'apparence glaireuse plutôt que puriforme. Les intestins sont tous unis ensemble par une matière molle, d'un blanc jaunâtre, collante, mais non visqueuse, ne se laissant pas allonger par la traction, ne formant pas de fausses membranes distinctes; intégrité parfaite de tous les organes de l'abdomen et du bassin. Fausses membranes récentes dans les deux plèvres. Congestion sanguine assez vive des deux poumons sans pneumonie.

Il ne serait pas difficile d'ajouter d'autres faits à ceux-ci pour prouver que la péritonite peut très-bien se présenter primitivement; nous nous contenterons de renvoyer à la clinique de M. Andral, et à un Mémoire de M. Duparque sur la péritonite.

*Fracture intracapsulaire du col du fémur. — Mort après quatre mois. — Non-réunion des fragments. — Disparition du col. — Développement d'un os nouveau au-dessous du petit trochanter.* — Un vieillard âgé de soixante-dix-sept ans, d'une constitution assez débile, tomba, le 11 novembre dernier, de sa hauteur sur la hanche droite, et ne put se relever. Transporté dans le service de M. Velpeau, il offrit, le 12 au matin, les signes suivants: douleur dans la hanche et gonflement de cette région; raccourcissement du membre droit de deux millimètres; par la traction on ne parvient pas à lui rendre sa longueur; la pointe du pied n'est point tournée en dehors; le malade, invité à lever le pied, rapproche le talon de la cuisse sans parvenir à lui faire quitter le plan du lit; dans les mouvements de rotation imprimés au membre, le grand trochanter, quoique rapproché de l'axe de celui-ci, décrit des arcs de cercle en prenant son

point d'appui sur l'os des iles ; pendant ces mouvements, on perçoit une espèce de craquement ou de bruit de cartilage qui se passe dans l'articulation. M. Velpeau diagnostique une fracture du col du fémur avec pénétration des fragments. — On n'applique aucun appareil ; dès le huitième jour on engage le malade à se lever et à marcher à l'aide de béquilles, manœuvre qu'on lui fait exécuter aussi souvent que le permet sa grande faiblesse, augmentée bientôt par un dévoiement presque habituel. — Dès le mois de décembre, le vieillard ne quitta plus le lit ; il tomba dans un état de marasme ; une diarrhée colliquative s'établit ; l'amaigrissement devint extrême, et il succomba enfin le 7 mars.

Dans les derniers temps, on avait constaté la présence dans l'aîne d'une tumeur profonde, dure, insensible à la pression, et sur la nature de laquelle on restait dans l'incertitude.

A l'autopsie, on a trouvé la tête du fémur saine, intacte. Elle n'est point réunie, mais seulement adhérente et comme accolée sur la face interne du grand trochanter. En effet, le col du fémur manque presque complètement ; il n'en reste sur le fémur qu'un tronçon conique dont le bord supérieur mesure à peine quinze millimètres de longueur, et le bord inférieur cinq millimètres seulement ; à la tête il n'en reste pas de trace ; la surface de fracture de la tête n'est pas exactement appliquée sur celle du col ; elle n'en recouvre que la moitié inférieure, et le reste de cette surface est logé dans la fossette qui sépare le col du petit trochanter. L'adhérence de la tête au fémur est établie par des bandes fibreuses, prolongement de la capsule synoviale, et par des brides cellulo-fibreuses vasculaires de nouvelle formation, provenant surtout de la portion non recouverte de la base du col ; en divisant toutes ces brides on voit qu'il en existe d'autres assez solides et serrées qui unissent directement les deux surfaces osseuses en contact.

La tête appuyée sur le petit trochanter, immédiatement au-dessus duquel une gouttière a été creusée en arc de cercle, sans doute par le bord tranchant de la partie inférieure de la surface de la fracture. Mais au niveau du petit trochanter il existe un os nouveau, contournant la moitié interne et antérieure du fémur, lui formant ainsi un bourrelet épais, ayant de un à deux centimètres de hauteur horizontale et autant de largeur. Cet os se termine en avant et en dehors par une apophyse tout à fait comparable pour son volume et sa forme à l'apophyse coracoïde de l'omoplate. Ce tissu osseux paraît très-compacte.

Cette stalactite, si c'en est une, comme il est fort probable, s'est développée pour servir de point d'appui à la tête, qu'elle empêchait ainsi de glisser en avant et au delà du petit trochanter. — Le reste de l'autopsie n'a rien présenté de particulier.

D'après l'examen de ces pièces curieuses, M. Velpeau pense que la consolidation de cette fracture intra-capsulaire et avec broiement du col, n'eût cependant pas été impossible ; la tête de l'os continuait à vivre, et les brides nombreuses qui la fixaient eussent pu sans doute servir de base à un cal solide. Evidemment encore une pareille fracture ne peut point guérir sans raccourcissement, quoi qu'on en dise chaque jour, et quels que soient les appareils employés. En pareil cas l'on doit se borner aux préceptes posés par A. Cooper, qui ne mettait aucun appareil à ses malades, et les faisait marcher dès le huitième jour.

*Chute d'un lieu élevé sur les pieds. — Fracture du péroné et du calcanéum. — Réduction à l'aide de la ténotomie.* — Un homme jeune et d'une constitution robuste est entré, le 25 mars, dans le service de M. A. Bérard, à l'hôpital de la Pitié : peintre en bâtiments, il tomba d'une échelle sur les pieds. Immédiatement après l'accident, cet homme éprouva une vive douleur dans le pied droit, qui, aux désordres dont il est le siège, a dû évidemment supporter tout le poids du corps. Il existe entre lui et la jambe un changement de rapport très-notable : le pied ne se trouve plus dans l'axe de la jambe ; prenant l'articulation tibio-tarsienne pour centre ou point d'appui, il a subi un mouvement de rotation de dedans en dehors ; son bord interne est dirigé en bas, et la face dorsale tournée en dedans, tandis que son bord externe est relevé, et que la face plantaire regarde en dehors. L'axe antéro-postérieur du pied a aussi éprouvé un déplacement qui a porté sa pointe vers le côté externe et le talon en dedans. Le tibia ne paraît pas fracturé, non plus que sa malléole interne. Entre celle-ci et le bord inférieur du calcanéum on remarque une dépression assez profonde, dans laquelle les parties molles ont subi comme une sorte de tassement, ce qui paraît dépendre d'une diminution sensible dans l'intervalle qui normalement sépare le bord interne du pied de la malléole ; il existe, en outre, sous cette dernière, une petite plaie des parties molles, que M. Bérard explique par la double pression sous laquelle elles se trouvèrent placées au moment de la chute, et que déterminèrent la chaussure du malade, d'une part (il avait des bottes d'un cuir fort dur), et, de l'autre, la résistance du calcanéum. Non loin de la malléole externe, il existe l'enfoncement que Dupuytren regardait comme caractéristique d'une fracture (le coup de hache). Les péroniers latéraux et les muscles ennemiens, contractés énergiquement, maintiennent solidement le pied dans la position vicieuse que nous venons de décrire. De plus, l'espace inter-malléolaire est plus étendu que dans l'état ordinaire, et il existe de larges ecchymoses sur

le pied et sur les deux tiers inférieurs de la jambe, avec gonflement douloureux de ces parties. — En présence de ces symptômes, le chirurgien de la Pitié diagnostiqua 1° une fracture du péroné à son extrémité inférieure; 2° une fracture du calcaneum, dite *par écrasement*, rendant très-bien compte de l'affaissement de la région calcanéenne; 3° une violente entorse avec diastasis et renversement du pied en dehors. — Après avoir pratiqué chez cet homme deux copieuses saignées du bras, et avoir fait usage pendant deux jours de topiques émollients sur le membre fracturé, on tenta, sans succès, la réduction : tous les efforts furent vains pour surmonter la résistance des muscles spasmodiquement contractés.

Le 28, quatre jours après l'accident, M. Bérard fit porter le malade à son amphithéâtre, où il se décida à pratiquer la section sous-cutanée du tendon d'Achille, espérant pouvoir ensuite ramener le pied en dedans, et remplir ainsi l'indication fondamentale dans la fracture du péroné. Malgré le gonflement considérable et l'épanchement sanguin sous-cutané, la ténotomie fut faite avec promptitude, et, ainsi qu'on l'avait espéré, le pied put être ramené d'abord dans la direction normale, puis renversé fortement en dedans à l'aide de tractions, qui parurent toutefois causer au malade d'assez vives douleurs. L'appareil de Dupuytren fut alors appliqué, et maintint solidement le pied dans la nouvelle position où il a été placé. Il est survenu chez ce malade des accidents généraux fort graves, sur lesquels nous n'insisterons pas : notre but, en rapportant cette observation, étant uniquement de fixer l'attention des praticiens d'abord sur les signes de la fracture du calcaneum, dont il n'existe encore qu'un très-petit nombre d'exemples bien constatés dans la science, et, en second lieu, sur l'application avantageuse que l'on peut faire de la section sous-cutanée des muscles à la réduction des fractures.

*Nouveau procédé opératoire pour la guérison de la grenouillette.* — On sait qu'il est très-difficile de guérir radicalement la grenouillette, qui, lorsqu'elle a réellement pour siège le conduit excréteur d'une des glandes salivaires, récidive avec une promptitude remarquable. Frappé de l'insuffisance des divers moyens curatifs successivement proposés et tour employés sans succès dans cette affection, Dupuytren se servait d'une canule qu'il introduisait dans l'épaisseur du kyste, où elle restait à demeure, s'opposant ainsi à son occlusion, et prévenant la récidive en offrant une voie d'écoulement au liquide sécrété dans son intérieur. Mais cette canule elle-même n'est pas sans inconvénient : outre qu'elle est sujette à s'oblitérer, ce qui l'empêche alors d'atteindre



le but qu'on se propose, elle peut, agissant comme corps étranger, déterminer une irritation assez vive pour qu'on soit obligé d'en faire abstraction. Trouver un moyen qui offre les avantages de la canule en ce qui concerne l'écoulement de la salive, sans avoir les inconvénients que je viens de signaler, tel est le problème difficile que M. Jobert de Lamballe pense avoir résolu à l'aide d'un procédé autoplastique qu'il conseille dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

Il commence par disséquer sur la tumeur la membrane muqueuse, sans pénétrer dans sa cavité. Cette dissection faite dans l'étendue de sept à huit lignes, plus ou moins, suivant le volume du kyste, il avive la surface libre de la membrane muqueuse; il incise ensuite la tumeur, qu'il vide en totalité; puis il renverse les bords de l'ouverture en dehors, et il fait à l'aide de points de suture un ourlet, en opposant entre elles les deux surfaces saignantes que constitue la membrane muqueuse doublée sur elle-même et renversée comme je viens de le dire. De cette manière, le kyste reste ouvert, et son oblitération est d'autant moins à craindre que les lèvres de l'incision, par le fait même de l'autoplastie, sont épaissies et maintenues écartées l'une de l'autre. Ce procédé ingénieux fait honneur à l'esprit inventif de son auteur, et il est à désirer que bientôt son efficacité soit prouvée par l'expérience.

---

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

---

**ACCOUCHEMENTS.** *De l'avortement provoqué dans le cas de rétrécissement du bassin.* Dans les cas où il est positivement reconnu qu'un enfant à terme ne pourra pas naître vivant par les voies naturelles, la raison et la conscience n'autoriseraient-elles pas, afin de sauver la mère, des tentatives propres à provoquer l'avortement, aussitôt qu'elles pourraient être convenablement employées? Telle est la question que, dans le cours du siècle dernier, W. Cooper, en terminant la relation d'une opération césarienne mortelle pour la mère, soumit au docteur Hunter, et qui, vivement discutée depuis cette époque, est encore loin d'être résolue d'une manière définitive. Baudeloque et les accoucheurs de son école étaient pour la négative, tandis que Fodéré en 1813, et plus tard Mare puis le professeur Velpeau,

se prononcèrent pour la convenance et la moralité de cette opération dans les cas impérieux qui viennent d'être indiqués. En présence de cette opposition contradictoire nous avons pensé que nos lecteurs accueilleraient avec intérêt l'opinion professée par M. P. Dubois sur ce point important de l'art obstétrical. L'extrait suivant d'une de ses savantes leçons la fera suffisamment connaître. L'avortement prévu et puni par notre code est l'avortement criminel, c'est un acte secret, coupable dans la pensée même de celui qui l'exécute et de celle qui le sollicite ou le souffre. L'avortement provoqué par l'art est au contraire une opération accomplie au grand jour, avec l'intention de conserver l'une des deux existences compromises, et qui ne doit blesser ni la conscience de celui qui l'exécute ni celle de la

malheureuse qui s'y soumet. Le législateur qui a prévu et puni la provocation de l'avortement criminel n'a probablement pas pressenti qu'elle pût jamais être employée pour un but salubre et devenir une des ressources de la médecine. Nous ferons d'ailleurs remarquer que la provocation de l'avortement n'est pas le seul procédé de notre art qui ait besoin d'être légitimé par l'intention; les mutilations, les blessures que la chirurgie inflige chaque jour, et qui, pratiquées quelquefois pour remédier à des souffrances supportables, compromettent plus ou moins gravement la santé et même la vie, ne seraient-elles pas des crimes si elles étaient infligées par d'autres mains que les nôtres et provoquées par de coupables motifs? cependant la loi n'a fait aucune distinction. Il nous paraît donc très-rationnel de penser que les interdictions de la loi ne sauraient s'appliquer à la provocation de l'avortement dans l'exercice régulier de notre art, et nous ajouterons que cette interprétation est depuis longtemps adoptée par les accoucheurs d'un pays voisin, qui n'est pas moins éclairé et moins moral que le nôtre, et dans lequel l'avortement criminel ou la destruction du fœtus dans le sein de la mère n'est pas défendue et punie avec moins de sévérité qu'elle ne l'est parmi nous.

Nous avons déjà rappelé en effet que la première proposition de provoquer l'avortement, dans la vue de soustraire les femmes aux suites presque toujours mortelles de l'opération césarienne en Angleterre, avait été accueillie par un certain nombre d'accoucheurs de ce pays; nous devons ajouter que cet accueil favorable a été sanctionné depuis par des hommes très-distingués; que la convenance du sacrifice de l'enfant au salut de la mère est implicitement admise dans l'exercice de l'art par les accoucheurs de la Grande-Bretagne, et que l'application de ce principe y est presque vulgaire. Ainsi la mutilation du fœtus est pratiquée sans hésiter, toutes les fois que le rétrécissement du bassin est assez prononcé pour que la conservation de l'enfant ne puisse être espérée qu'en pratiquant une opération qui compromettrait la vie de la mère, et cependant la provocation criminelle de l'avortement, ou suivant l'expression des médecins légistes anglais, le *fœticide* est qualifié par la loi de crime

capital (felony). La conduite des accoucheurs anglais n'est donc fondée, comme on pourrait le croire, ni sur le silence, ni même sur l'indulgence de la loi; car elle protège aussi énergiquement que la nôtre les intérêts de l'enfant qui doit naître; mais nous croyons cette conduite justifiée par l'interprétation rationnelle que nous avons proposée.

En Allemagne, des hommes graves ont favorablement accueilli la proposition de provoquer l'avortement dans les cas de rétrécissement extrême du bassin; c'est-à-dire qu'ils n'ont pas regardé cette proposition comme contraire à l'esprit de la loi. Un accoucheur d'un très-grand mérite et dont l'opinion jouit dans la science d'une autorité très-justement méritée, notre honorable ami le professeur Nægelé, a implicitement adopté le même principe dans une discussion lumineuse sur le droit de vie et de mort qui appartenait au médecin dans l'exercice de l'art des accouchements, puisqu'il conclut que celui-ci a le droit de sacrifier le fœtus lorsque le refus de se soumettre à l'opération césarienne est formellement exprimé par la mère. — D'après les considérations qui précèdent, M. Paul Dubois pense qu'il est permis dès à présent de rechercher, en s'éclairant de raisons exclusivement scientifiques, si la provocation de l'avortement dans les cas de rétrécissement extrême du bassin peut être admise au nombre des ressources de l'art obstétrical, et s'il est convenable de la substituer, dans certaines circonstances, à l'opération césarienne. (*Gaz. méd. de Paris*, mars 1813.)

**ACCOUCHEMENT à terme après huit avortements et une parturition prématurée.** Une dame de trente ans, d'une petite stature, mais d'une excellente constitution, réglée à quinze ans, mariée à dix-sept, devint enceinte pen de temps après son mariage, et avorta au troisième mois de la gestation, sans cause appréciable. Depuis cette époque jusqu'à l'âge de vingt-huit ans, qu'elle réclama les conseils de M. le docteur Debourge, de Rollot, pour une nouvelle grossesse datant de trois mois, elle fut en proie à huit avortements, et la vie utérine du fœtus expulsé n'a jamais dépassé le quatrième mois.

Aucune des causes qui amènent ordinairement cet accident ne put être reconnue chez cette dame. Dans

et état de vague, M. Debourg crut cependant devoir s'arrêter aux moyens suivants : repos au lit, quinze jours avant et quinze jours après l'époque du dernier avortement. Huit ou dix jours avant la période menstruelle, petite saignée du bras qui fut répétée deux autres fois à un mois juste d'intervalle. Liberté du ventre entreteue par des lavements simples et additionnés d'huile au besoin. Aux époques des fausses couches précédentes et à la moindre imminence des contractions utérines, légères frictions sur la région hypogastrique et à la partie supérieure et interne des cuisses avec trente à quarante gouttes de laudanum de Sydenham et demi-lavements laudanisés. Malgré toutes ces précautions, l'avortement eut lieu vers le troisième mois. En examinant toutes les circonstances de ce nouvel accident, M. Debourg remarqua qu'une énorme quantité d'eau amniotique s'était déversée et que les membranes présentaient une ténacité extrême. Il crut trouver là une explication satisfaisante des accidents, et un an après, une nouvelle grossesse étant survenue, il prescrivit les moyens indiqués plus haut; mais comme aucun agent thérapeutique ne lui parut capable de donner aux membranes de l'œuf la force, la résistance nécessaires, il pensa que la seule nouvelle indication à remplir était de diminuer autant que faire se pouvait la masse en circulation. En conséquence, il conseilla la plus grande privation possible de boissons et d'aliments aqueux à dater du cinquième mois. Il fit faire un fréquent usage de nitrate de potasse, afin de déterminer constamment une diurèse assez abondante. A la moindre imminence de contractions utérines, il prescrivit de recourir aux frictions laudanisées, et il leur adjoignit la prise d'une pilule de codéine du poids de dix centigrammes. Trois petites saignées furent aussi pratiquées, la première à la fin du quatrième mois, et la troisième à la fin du sixième. Cette réunion de moyens réussit parfaitement; cette dame accoucha enfin, au terme ordinaire de la grossesse, d'un enfant mâle, très-fort et bien constitué. (*J. de méd. d'Anvers*, mars 1813.)

**BELLADONE** (*Emploi de la*)  
*comme préservatif de la scarlatine.*  
Nous avons plusieurs fois appelé l'at-

tention des praticiens sur les observations et les faits tendant à prouver l'efficacité de la belladone comme préservatif de la scarlatine. (Voyez tomes XII et XXIV du *Bulletin*.) Nous ne voulons pas davantage leur cacher les faits opposés; et quelque ceux que nous allons reproduire ne nous semblent pas très-concluants, quoiqu'ils soient impropres surtout à infirmer les nombreuses expériences des médecins de l'Allemagne et celles plus récentes de M. Stievenart, reproduites dans notre tome XXIV, nous n'en ferons pas moins connaître, avec ces réserves, ce que vient de publier M. le docteur Debourg.

La scarlatine ayant régné épidémiquement l'an dernier dans le bourg qu'il habite, il voulut expérimenter la belladone comme préservatif. A cet effet, il fit préparer une solution d'extrait de belladone, et il la distribua gratuitement à un assez grand nombre de familles. Plus de quarante enfants d'âge et de sexe différents en firent usage, aux doses prescrites dans ces circonstances, et comme beaucoup d'entre eux ne s'en trouvèrent pas moins affectés de scarlatine, il doubla, il tripla même chez les autres la dose du médicament, et il ne fut pas assez heureux pour en soustraire un seul à l'épidémie.

Cette observation évidemment manque de détails. La solution était-elle bien préparée? Les enfants l'ont-ils réellement prise? (*Journal de médecine d'Anvers*, mars 1813.)

**CHLOROSE** (*Du danger des préparations martiales dans certaines formes de la*). C'est une opinion que nous avons souvent soutenue et dont la vérité nous apparaît tous les jours plus évidente, qu'il n'y a pas en thérapeutique de médication absolue, applicable à tous les cas, invariable comme certaines lois de la nature. S'il était cependant une maladie où l'opinion que nous défendons pût en apparence se trouver en défaut, c'est la chlorose. Pour l'immeusité des praticiens, les préparations martiales sont à la chlorose ce que le quinquina est à l'intermittence : le fer est un médicament spécifique. Eh bien ! dans la chlorose même il est important de procéder à un diagnostic véritablement médical; non pas à celui qui se borne à constater l'état des règles, de la couleur de la peau, des névroses, de la nutrition, des bruits divers dans

les artères, etc., mais bien à celui qui interroge tous les appareils, la constitution, l'idiosyncrasie du sujet, et qu'indique s'il faut respecter ou non la chlorose soumise à notre observation. Il en est en effet qu'il ne faut pas guérir, ou du moins qu'il ne faut pas combattre par les martiaux, et nous estimons que M. Trousseau a bien mérité des praticiens en appelant leur attention sur ce sujet tout à fait opportun. Il fait voir en effet que dans quelques cas les ferrugineux, loin d'apporter leur modification habituelle à l'ensemble des phénomènes désignés sous le nom de chlorose, les aggravent au contraire; que dans certains autres cas, après avoir exercé leur influence accoutumée, ils réveillent des affections graves et promptement mortelles.

Ces derniers cas sont relatifs à la prédisposition tuberculeuse qui complice souvent la chlorose, et contre laquelle les ferrugineux semblent accélérer la marche de la maladie. M. Trousseau en cite des exemples. Une dame de vingt-cinq ans était chlorotique depuis l'âge de dix-sept ans. Elle était en même temps tourmentée d'une névralgie temporo-faciale. On prescrivit les martiaux à haute dose; après quinze jours de traitement, les forces, l'embonpoint, la coloration, sont revenus. On continue encore pendant un mois l'usage du fer, mais alors il n'est plus supporté, une petite toux survient, accompagnée d'un mouvement fébrile tous les soirs. On ausculte, on trouve des signes de tubercules dans la poitrine, et cinq semaines après une phthisie galopante avait tué une femme jeune, qui n'avait jamais toussé auparavant, et dont les antécédents héréditaires n'avaient rien de suspect. Une jeune demoiselle de treize ans, née de parents chez lesquels il n'y avait jamais eu de tuberculeux, était arrivée, quoique bien jeune encore, à un développement physique extraordinaire. Elle était parfaitement et très-abondamment réglée depuis l'âge de onze ans. Quoique en grandissant avec une rapidité extrême, elle prit beaucoup d'embonpoint; cependant comme elle était pâle, nonchalante et qu'elle avait de la gastralgie et des fleurs blanches, on la mit à l'usage des préparations ferrugineuses. Sa santé s'améliora; mais l'année suivante, elle devint plus manifestement chlo-

rotique. Pendant tout l'été et partie de l'automne, il fallut, à plusieurs reprises, donner des martiaux, avec quelque avantage sans doute, mais sans obtenir une durable guérison. Le commencement de l'hiver se passa assez bien; mais vers le milieu de janvier, il survint de nombreuses hémoptysies, et, deux mois plus tard, la mort était la suite de la complète désorganisation des deux poumons.

Ces faits ont conduit M. Trousseau à une grande prudence dans l'administration des martiaux dans les chloroses rebelles. Si la chlorose s'observe chez une jeune fille à l'âge de la puberté, qu'elle ne dure pas depuis longtemps, que la jeune malade n'ait pas eu d'engorgements scrofuleux dans sa jeunesse, qu'elle n'ait jamais eu d'hémoptysies, qu'elle ne procède pas de parents tuberculeux, M. Trousseau donne le fer à haute dose. Mais s'il a lieu de soupçonner une prédisposition tuberculeuse, il conseille le séjour à la campagne et surtout dans un meilleur climat, le régime analeptique, l'équitation, les sulfureux, et il s'abstient du fer. Si la malade a éraché du sang, il le défendra formellement. Il le défendra encore si, administré convenablement pendant un ou deux mois, il n'a pas amené une très-grande amélioration. Ces considérations pratiques nous paraissent basées sur une saine interprétation des faits. (*Gaz. méd. de Paris*, mars 1843.)

**DIARRHÉE** (*Sur l'emploi de l'extrait d'airelle myrtille dans la*). Voici un traitement qui serait aussi simple que peu coûteux, si les praticiens lui reconnaissent les avantages que M. le docteur Reiss vient de signaler. Un mot d'abord du médicament. Ce n'est autre que l'airelle myrtille, *vaccinium myrtillus*, L., arbrisseau de 50 à 60 centimètres de haut, qui croît naturellement dans tous les bois couverts, et qui porte pour fruit une baie de la grosseur d'une merise, de couleur noire violacée, d'un goût à la fois doux, aigrelet et acerbe, assez recherchée des enfants, qui la mangent sans inconvénients. Ce sont les baies de cet arbrisseau que M. Reiss, guidé d'abord par une observation tout empirique, et puis par des essais assez nombreux, recommande vivement. Il fait préparer le médicament sous forme d'extrait, de teinture alcoo-

lique ou de sirop. Il donne la préférence à l'extrait, qu'il administre en pilules à la dose de cinq à six par jour, de 20 centigrammes chacune.

M. Reiss a administré ce médicament dans la diarrhée à forme aiguë ou chronique. Sous la forme aiguë, après l'avoir combattue par les moyens antiphlogistiques et émollients ordinaires, pour si peu qu'elle prolonge sa durée au delà des premiers jours, il conseille alors l'usage de l'extrait d'airelle myrtille qui, dans les observations qu'il rapporte, ne lui a jamais fait défaut. Mais c'est surtout dans la diarrhée chronique que M. Reiss paraît avoir en à se louer de l'emploi de ce médicament, et cela dans des cas où la série des moyens ordinaires avait été vainement administrée.

Tous ceux qui ont goûté des fruits de l'airelle myrtille n'auront aucune répugnance à admettre qu'ils peuvent posséder une propriété astringente réelle; car leur saveur acerbe dénote qu'ils contiennent une certaine quantité de tannin. Ce serait donc à cette substance qu'on devrait rapporter l'efficacité de ce moyen, qui ne présenterait alors rien d'aussi nouveau ni d'aussi intéressant que M. Reiss est disposé à le croire. (*Journal de médecine*, avril 1813.)

**DYSSENTERIE AIGUE OU CHRONIQUE** (*Du lichen d'Islande et du gland de chêne surtout employés dans la*). La dysenterie, sous forme épidémique surtout, est une de ces maladies pour lesquelles la thérapeutique est très-riche en apparence, mais assez pauvre en réalité. Les médications nombreuses et diverses qui ont été preconisées, ont jeté une assez grande confusion dans l'esprit des praticiens. Aussi est-ce avec réserve que nous dirons un mot du traitement proposé par M. le Dr Chabrely, qui ne nous paraît pas d'ailleurs devoir entraîner aucun inconvénient dans le cas où d'autres médecins n'en retireraient pas les avantages qu'il lui reconnaît.

D'abord, dans une épidémie de dysenterie qui régna dans un village des environs de Bordeaux en 1812, M. Chabrely expérimenta l'émulsion anti-dysentérique que M. Bouchardat a fait connaître dans son Annuaire de thérapeutique de 1841. En voici la formule :

Lichen d'Islande..... 15 gram.

Faites infuser pendant quelques

instants dans 500 grammes d'eau bouillante, pour faire bouillir jusqu'à réduction d'un tiers dans

Eau commune..... 1,500 gram.

Passez avec expression; prenez alors

Semences de pavots..... 15 gram.

Faites avec la décoction ci-dessus une émulsion, et ajoutez :

Sirop de codeine..... 15 gram.

Sirop de coings..... 60 —

à donner après l'emploi des antiphlogistiques comme boisson ordinaire.

M. Chabrely dit avoir retiré de cette émulsion de très-grands avantages, et plusieurs observations qu'il rapporte, relatives à de jeunes enfants atteints de dysenterie, laissent peu de doute sur l'action réellement bienfaisante de ce médicament.

Mais l'émulsion de M. Bouchardat est d'un prix élevé et peu à portée par conséquent de la classe pauvre, qui est cependant la plus maltraitée par la dysenterie. C'est pendant qu'il cherchait les moyens de la remplacer par un moyen moins coûteux qu'une dame de la Nouvelle-Orléans lui révéla les propriétés merveilleuses de la décoction de glands torréfiés, qu'il expérimenta sur-le-champ avec le plus grand succès dans des cas de dysenterie intense, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. Voici deux observations entre toutes les autres qui pourront donner une idée et des cas dans lesquels M. Chabrely a réussi, et du mode d'administration du remède.

Dans la première, il s'agit d'une jeune fille de six ans, atteinte depuis un mois de dysenterie aiguë, avec colique, ténisme, etc. On torréfia superficiellement des glands du *quercus robur*, on les fit bouillir, on suça le décocté et on le lui donna pour toute tisane. Du matin au soir, M. Chabrely remarqua un effet patient : non-seulement les selles n'étaient plus aussi fréquentes, mais même les douleurs de colique et le ténisme avaient diminué. Le lendemain la petite malade avait dormi toute la nuit, et depuis lors elle a été parfaitement guérie.

Une autre petite fille de quatre mois, nourrie à la tétée, très-faible, fut prise tout à coup de vomissements et de diarrhée aqueuse avec froid glacial, yeux encaqués, tous les symptômes du choléra. Plusieurs enfants avaient succombé à cette même

forme de colite, et M. Chabrely regarda cette petite comme morte. « Je dis à la mère, en lui montrant un chéne près de la maison : Cueillez une douzaine de glands, faites-les torrifier légèrement, puis bouillir dans une verrée et demi d'eau, et donnez le décocté, bien sucré, à l'enfant. Je ne pensais plus à l'enfant, que je croyais enterrée, lorsque je rencontrai sa mère, qui m'apprit qu'au contraire, à partir du moment où elle avait commencé le remède, les sciles et les vomissements n'avaient plus eu lieu, et que son enfant profitait et se sauverait sans nul doute. C'est ce qui est arrivé. »

Avons-nous tort de dire que ce sont là des résultats merveilleux ? (*Bulletin médical de Bordeaux*, mars 1843.)

**ÉLECTRO-PUNCTURE (De l') comme moyen d'activer la résorption des épanchements.** Quoique ce moyen ait été préconisé depuis quelques années déjà, son emploi a été encore assez borné; aussi nous paraît-il utile d'exposer quelques faits récents relatifs à son administration. Le premier fait est relatif à une femme venue à l'Hôtel-Dieu de Paris avec une pleuro-pneumonie à gauche et pneumonie à droite, et qui, après avoir obtenu par la saignée la résolution de sa double pneumonie, éprouva à la suite un épanchement pleural énorme. Cet épanchement fut valablement combattu par les purgatifs, les diurétiques et les vésicatoires volants. La malade était depuis un mois environ dans cet état, sans la moindre amélioration, quand M. Tessier la décida à avoir recours à la galvano-puncture. Les deux premières applications eurent un résultat remarquable; on constata immédiatement une diminution de l'épanchement de quatre travers de doigt environ au-dessous de la clavicule, espace dans lequel la respiration était redevenue normale. Après plusieurs autres applications successives, la résolution a paru être presque complète, et la malade se sentant notablement soulagée, a demandé sa sortie avant que la guérison fût complète. On n'a pu s'assurer si elle s'était confirmée depuis.

Dans un second cas relatif à un homme affecté de pleurésie avec épanchement considérable du côté gauche, l'électro-puncture n'a pro-

curé qu'un soulagement momentané. Les accidents sont revenus et se sont aggravés; il a fallu avoir recours à l'empyème.

Dans un troisième fait, il s'agit d'une hydrocèle qui a été opérée par M. Blandin par le procédé imaginé dernièrement par M. Leroy (d'Etioles) et qui consiste à introduire l'une des aiguilles, en rapport avec le pôle zinc, dans la tunique vaginale, et l'autre aiguille, en rapport avec le pôle cuivre, dans le tissu cellulaire sous-cutané des bourses. L'opération a été très-peu douloureuse; elle a produit un changement notable dans la tumeur: la sérosité est passée presque entièrement du la tunique vaginale dans le tissu cellulaire sous-cutané; les bourses sont devenues œdémateuses, puis une partie du liquide s'est résorbée et la tumeur a sensiblement diminué de volume. On a répété à huit jours de distance l'application du même moyen. La tumeur n'a pas sensiblement diminué de volume après cette seconde application, mais elle est très-molle et ridée; le sac vaginal paraît entièrement vide. Après une troisième application, la tumeur a encore notablement diminué de volume. La résorption de la sérosité s'opérait évidemment, mais avec beaucoup de lenteur. Après un mois environ de traitement, le malade est sorti de l'hôpital avec une diminution notable de l'hydrocèle, mais non entièrement guéri.

Un second malade, opéré de la même manière, a présenté de tous points les mêmes phénomènes, et le même résultat satisfaisant mais incomplet.

Ces résultats, quoique incomplets, méritent cependant l'attention des praticiens. Pour l'hydrocèle surtout, on sait combien il serait important de posséder un moyen curatif qui n'aurait pas l'inconvénient de faire adhérer le testicule avec la tunique vaginale, comme le fait l'injection soit vineuse, soit iodée. Ces adhérences, en rendant impossible tout mouvement du testicule qui ne peut plus glisser dans son sac, fait qu'il échappe plus difficilement aux choes extérieurs auxquels il est exposé. Il y aurait donc un grand avantage à guérir cette maladie par tout autre procédé que celui de l'injection. Jusqu'ici on a échoué dans toutes les tentatives faites dans ce but: vésicatoires, frictions répétées avec certaines pommades, ponctions répétées,

etc. Les essais tentés par M. Blandin, et les faits rapportés d'autre part par M. Leroy (d'Étiolles), doivent encourager les praticiens à les continuer. Ce moyen d'ailleurs n'offre aucun danger, n'est presque pas douloureux, et ne prive pas le malade de la ressource ultérieure de l'injection, dans le cas d'insuccès. (*Gazette des hôpitaux*, mars 1843.)

**FIÈVRES INTERMITTENTES CHRONIQUES** (*De la sensibilité vertébrale dans les*). Il y a plusieurs années que M. Cruveilhier nous a parlé de l'importance qu'il ajoutait, dans quelques affections aiguës ou chroniques des organes thoraciques ou abdominaux, à l'existence d'une sensibilité circonscrite à un des points de la colonne vertébrale qu'il appelait *point dorsal*; un emplâtre opiacé sur ce lieu, ou bien des sangsues ou un vésicatoire, suivant les cas, facilitaient puissamment la guérison de l'affection interne. M. Gouze, médecin principal de l'hôpital militaire d'Anvers, confirme l'existence de ce point dorsal dans les fièvres intermittentes, qu'avait signalé déjà MM. Griffith, Cremers et Van-Mans. La constance de la sensation douloureuse qu'éveille la pression du doigt dans un point limité de la colonne vertébrale chez les individus atteints de pyrexies périodiques à forme chronique, sensibilité douloureuse qui existe communément de la troisième à la cinquième vertèbre dorsale, fournit à M. Gouze une indication thérapeutique à remplir. Suivant lui, les ventouses scarifiées, les sangsues appliquées sur le point douloureux, et plus tard, les révulsifs énergiques, emplâtres stibiés, vésicatoires, jouissent d'une grande efficacité et peuvent procurer la guérison alors que toutes les autres médications ont complètement échoué. C'est à l'expérience à prononcer sur la valeur réelle de cette nouvelle méthode. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, mars 1843.)

**HYDROCÈLE** (*Sur un nouveau traitement proposé pour l'*). Parmi les nombreux essais tentés dans ces derniers temps en vue de simplifier le traitement de l'hydrocèle, il en est qui constituent un progrès véritable, ainsi par exemple l'injection de la solution iodée. En sera-t-il de même du nouveau mode de traitement proposé par M. Baudens? c'est ce qu'il

s'agit d'examiner; mais auparavant donnons-en la description. L'instrument se compose d'une forte aiguille à acupuncture, terminée par un fer de lance. Sur cette aiguille glisse un tube métallique en argent, percé d'une ouverture latérale à sa partie moyenne. Pour s'en servir, on saisit la tumeur de la main gauche et on refoule le testicule comme dans le procédé ordinaire par injection; cela fait, on introduit l'instrument soit de haut en bas ou de bas en haut, et on lui fait ainsi parcourir toute l'étendue du grand diamètre de la tumeur, en ayant soin de le faire ressortir en un point opposé à celui par lequel il a été introduit. Le scrotum étant ainsi empiroché, on retire la tige armée du dard, on laisse en place la canule qui le reconvre, le liquide s'engage par le trou dont elle est percée à son centre et s'échappe par les deux bouts de la canule. Pendant les trente-six premières heures, on la maintient en place fixée à l'aide d'un fil de coton n° 8 de chiffre. Le liquide coule pendant tout ce temps, goutte à goutte au fur et à mesure qu'il est sécrété; plus tard, la fistule artificielle se tarit, et il survient une tuméfaction développée graduellement. Quand après cinq, dix ou quinze jours cette tuméfaction paraît profonde et suffisante, on retire la canule. Les deux petites plaies ne tardent pas ensuite à se cicatriser après avoir suppuré pendant quelques jours. Toutefois M. Baudens nous apprend que la sonde peut assez souvent être insuffisante pour amener la cure radicale, et que cette insuffisance se reconnaît à ce que la tuméfaction s'opère dans le tissu cellulaire du dartos et non entre les feuillets de la tunique vaginale. Dans ce cas, le chirurgien qui adopterait cette méthode de traitement devrait venir en aide à l'inflammation adhésive en insufflant, à partir du deuxième ou du troisième jour après l'opération, de l'air dans la séreuse à travers la canule qu'il fermerait ensuite avec une tige pleine pour empêcher la sortie de l'air insufflé; et enfin comme une fois sur cinq, d'après M. Baudens lui-même, l'air peut, à son tour, être insuffisant, on injecterait alors par le même moyen une demi-cuillerée de vin. Au dire de ce chirurgien, la demi-cuillerée de vin suffit toujours, en raison de l'irritation que les autres moyens ont déjà développée dans la tunique vaginale. En décomposant

ce procédé opératoire, on voit qu'il repose sur deux éléments déjà très-anciennement connus dans la thérapeutique de l'hydrocèle; savoir : la ponction, puis l'injection. M. Baudens propose donc deux méthodes en une. Or, sous le rapport de la simplicité, ce n'est pas là un progrès. Quant à l'instrumentation dont il fait usage, il y aurait bien, si on voulait y regarder de près, certain détail qu'il devrait restituer au procédé de Pott; et pour ce qui a trait à la nature du liquide injecté, on retrouve dans ce procédé soi-disant nouveau, le vin, c'est-à-dire le liquide le plus anciennement adopté : reste donc pour constituer le côté neuf de cette méthode, l'insufflation de l'air. Or, il y aurait encore ici matière à discussion, car les propriétés stimulantes de ce fluide sont loin d'être, pour plusieurs chirurgiens, irrévocablement établies. Quant aux avantages que M. Baudens prétend retirer de ce mode de traitement, ils consistent 1° à prévenir la lésion du testicule à laquelle expose le trocart ordinaire, ce que nous avouons ne pas bien comprendre, la forte aiguille à acupuncture nous paraissant devoir conduire au même résultat, si elle est dirigée par une main imprudente ou inlabile. Quant au reproche que l'auteur fait au procédé par injection, d'agir en aveugle en mettant brusquement en contact avec la tunique vaginale un liquide dont on ne peut d'avance calculer la puissance, nous lui demanderons s'il peut plus sûrement apprécier celle de sa tige métallique ainsi placée à demeure dans le scrotum qu'elle traverse d'outre en outre? M. Baudens affirme de plus que par sa méthode le succès est plus prompt et plus infaillible. Enfin, ajoute-t-il, elle peut être mise en usage avec succès même dans le cas d'hydrocèle compliquée de dégénérescence de la tunique vaginale. Mais de quelle dégénérescence veut-on parler? M. Baudens comprendra sans doute que dans l'intérêt même de son mode de traitement cette proposition exige un développement qui en précise nettement l'étendue et le sens; car s'il nous fallait prendre le mot dégénérescence dans toute son extension et avec toute sa valeur pathologique, nous ne craindrions pas de dire que notre confrère promet plus qu'il n'est en état de donner. Eu définitive et sans vouloir refuser absolument à M. Baudens les succès qu'il reven-

dique en faveur de son procédé, nous avouons que, pour qu'ils aient à nos yeux la même valeur qu'aux siens, des faits isolés ne nous suffisent pas; nous voudrions entre lui et les méthodes beaucoup plus simples et journellement mises en usage, un terme de comparaison pris dans l'observation de faits identiques entre eux. Vous n'avez pas eu encore, dites-vous, d'insuccès en faisant usage du moyen curatif que vous proposez; mais le traitement par injection dont une longue expérience a consacré l'efficacité, et auquel, malgré tous les inconvénients que vous vous plaisez à lui reconnaître, vous êtes souvent obligé de recourir pour achever la guérison de vos opérés, ce traitement, dis-je, pourrait bien reventiler avec raison, suivant nous, la meilleure part dans vos succès. Aussi jusqu'à plus ample informé, nous recommandons à nos lecteurs qui, comme nous, n'ont point à se plaindre de la méthode par ponction et injection, de ne pas abandonner un traitement simple, efficace et bien connu, pour une innovation opératoire qui est loin d'avoir fait ses preuves.

Disons encore, avant de terminer, que la perforation du scrotum et le séjour prolongé de cette nouvelle forme de seton métallique dans son épaisseur pourront bien quelque jour ne plus être aussi inoffensifs qu'on le dit, et déterminer au contraire des accidents sérieux. (*Gaz. des Hôp.*, mars 1843.)

#### HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE

(*De la compression dans les cas d'*). Que la compression du crâne dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique des enfants du premier âge ne soit pas un moyen quelquefois utile, qu'il ne faille pas tenir compte des faits assez nombreux où l'efficacité de ce moyen a été reconnue par des observateurs recommandables, c'est ce qu'avec M. Trousseau nous ne voulons ni dire, ni faire, quoique nous reconnaissons avec lui que le praticien doit être en garde contre les dangers qui peuvent résulter de l'emploi de ce moyen. Du reste, en disposant l'appareil de compression d'une manière convenable, surtout avec une active surveillance, les dangers peuvent être prévus ou dissipés. Quant à l'appareil, voici le mode d'application auquel M. Trousseau donne la préférence. On taille des bandelettes de sparadrap de



diachylon, de 8 à 10 millimètres de largeur (à peu près 4 lignes ancienne mesure). Les cheveux ayant été préalablement coupés aussi ras que possible, on colle une première bandelette, de l'apophyse mastoïde d'un côté, à la partie externe de l'orbite du côté opposé : on fait de même à gauche, si l'on avait commencé par le derrière de l'oreille droite; puis on met une troisième bandelette, de la racine des cheveux en arrière jusqu'à la racine du nez, en suivant la suture longitudinale; puis on recouvre ainsi successivement toute la tête, de telle manière que les bandelettes se croisent vers le sommet. Telle est la première partie du bandage. La seconde consiste en une bandelette assez longue pour faire trois fois le tour de la tête; on fait passer le premier tour au-dessus des sourcils, des deux oreilles et un peu au-dessous de la saillie de l'occipital, de telle manière que toutes les extrémités des autres bandelettes dépassent la bande circulaire de 5 à 6 millimètres au moins. Alors on replie toutes les bandelettes du premier appareil sur la bandelette circulaire, et celle-ci étant encore ramenée une fois ou deux autour de la tête, recouvre l'extrémité inégale des chefs des premières bandes, et achève la régularité du bandage. Cet appareil est aussi simple que solide; il peut lutter avec avantage contre l'écartement des os que produit l'épanchement.

En reste, vu son mode d'action, M. Trousseau reconnaît que l'appareil qui nous occupe est bien plutôt contentif que compressif. Il ne devient compressif que si l'épanchement fait des progrès pendant que les bandelettes sont appliquées, et c'est là la cause et l'origine des dangers que ce moyen peut présenter. M. Trousseau en a cité un exemple que nous croyons important de reproduire.

Appelé en consultation par M. le docteur Bernardin pour un enfant hydrocéphalique, âgé de six mois, dont les sutures étaient considérablement écartées, et le front, l'occipital, les deux pariétaux repoussés; sur lequel les moyens les plus judicieusement employés n'avaient amené aucun résultat favorable, il conseille l'application du bandage tel que nous l'avons décrit, et qui fut appliqué le lendemain. Tout alla bien pendant plus de deux mois; mais

sons l'influence du molimen fluxionnaire des dents, l'épanchement s'accrut rapidement, et le bandage fut changé. Les parents étaient prévenus; ils devaient avertir le médecin s'il voyait des accidents nerveux. Il survint de l'assoupissement, qui ne les préoccupa pas autant que cela devait le faire; et quelques jours plus tard, tout à coup, il s'écoula par les narines un plat de sérosité limpide, la tête s'affaissa subitement, et l'enfant mourut incontinent.

Cet exemple démontre qu'après l'emploi du bandage la plus exacte surveillance il y a à être exercée sur l'enfant. Aussitôt que l'assoupissement ou d'autres phénomènes nerveux se manifestent, c'est que l'appareil est devenu désormais trop étroit, il faut se hâter d'en appliquer un plus large, si malgré la production nouvelle du liquide on conserve quelque espoir de sauver l'enfant. (*Journ. de méd.*, avril 1813.)

**OPÉRATION CÉSARIENNE pratiquée avec un double succès et pour la mère et pour l'enfant sur une naine difforme.** Les opérations de ce genre sont assez rares, surtout dans les conditions de double succès que présente celle-ci, pour qu'on en fise avec intérêt les principales circonstances rapportées par M. le docteur Monin, médecin à Morvant.

Une femme Montellier, horriblement déformée par le rachitisme, ayant à peine un mètre en hauteur, devint enceinte une première fois à l'âge de trente ans. Au moment de l'accouchement, une sage-femme est appelée et, après trois jours d'attente et de souffrances, ne pouvant parvenir à délivrer cette femme, appelle un accoucheur qui, après des tentatives infructueuses, pratiqua la détroitement de l'enfant, et puis le broiement de la tête, opération qui ne dura pas moins de deux heures. Malgré des accidents consécutifs graves, la malade guérit, en conservant néanmoins une descente de matrice.

Cinq ans plus tard, cette malheureuse redevint enceinte et, au moment d'accoucher, envoya chercher M. Monin. L'examen lui fit bientôt reconnaître une conformation telle du bassin, que l'accouchement, même chirurgical, lui parut sinon impossible, au moins fort dangereux. L'enfant lui paraissant plein de vie, le sacrifier lui sembla pécher contre les règles de l'art et de la morale. Ce-

pendant ne voulant pas assumer sur lui seul la responsabilité d'un cas aussi exceptionnel, il demanda l'avis du docteur Bros, de St.-Symphorien-le-Château, vieux praticien familiarisé avec toutes les péripéties de la vie médicale à la campagne, qui constata aussi l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles. Le travail n'étant par très-avancé, on convint d'attendre jusqu'à la dilatation complète du col, qui n'arriva que trois semaines après.

A cette époque, après avoir constaté que le travail était à terme, que la présentation était bonne et que l'enfant était vivant, après avoir reconnu une seconde fois que l'accouchement était impossible, l'opération césarienne fut proposée, acceptée par la malade et immédiatement pratiquée.

La malade fut placée sur le bord de son lit, couchée horizontalement, l'opérateur placé à sa droite. La face antéro-inférieure de la matrice qu'il voulait inciser, se trouvait inclinée de telle façon que son incision dut être verticale de haut en bas, tant l'abdomen était projeté en avant et en bas. Dérivant avec le bistouri une ligne qui partait à un pouce au-dessous du nombril pour venir se terminer à la même distance près des symphises du pubis, il divisa d'un seul temps les téguments et l'aponévrose. Une seule artériole fut ouverte. D'un second coup de l'instrument tranchant, il fit à la matrice une incision en dédolant de manière à traverser presque imperceptiblement son épaisseur vers l'angle inférieur de la plaie; puis glissant à travers cette étroite ouverture une sonde canelée entre la matrice et les membranes amniotiques, il introduisit dans la canelure un bistouri droit boutonné, et relevant vivement ce dernier instrument, il pratiqua, d'un seul coup, à l'utérus une incision du bas en haut parallèle à la première faite aux téguments. Les membranes amniotiques étaient intactes; divisées avec l'ongle, on découvrit l'enfant qui se trouvait dans une position embarrassante pour l'extraction, car l'incision était tombée sur le milieu de l'ovaire fœtal. Après quelques légères manœuvres, on parvint à l'extraire par les fesses; il était vivant et bien portant, du poids de 8 à 10 livres, du sexe féminin. La délivrance fut immédiatement pratiquée, et l'on procéda à la réunion

par trois points de suture, et après quelques légers accidents consécutifs, les lochies prirent leur cours par le vagin, la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation. Au troisième jour, les sutures avaient été coupées et enlevées, la peau était recollée, et l'angle seul laissé béant pour l'écoulement des produits de la sécrétion de la plaie donnait encore une supuration sanieuse et abondante.

Tout allait bien jusque-là, quand survint la fièvre de lait et avec elle des symptômes graves d'imminence de péritonite. M. Monin les combattit avec un plein succès par l'emploi de la méthode dite de Doncet, qui consiste à prescrire 30 grains d'ipécacuanha en deux doses, à une heure et demie d'intervalle, puis de deux heures en deux heures une cuillerée d'une mixture composée de 4 grains de kramnès minéral, suspendu dans un mélange de 3 onces d'huile d'amandes douces avec autant de sirop de gomme.

Vers le trentième jour, la plaie était presque entièrement fermée et l'opérée était rentrée dans l'état normal et vaquait aux soins de son ménage. (*Journal de médecine de Lyon*, février 1843.)

**PHTHISIE PULMONAIRE** (*De l'emploi de la paracenthèse thoracique dans la*). L'opération que M. Briqueteau a pratiquée chez un malade dont il rapporte l'histoire, et qui consiste à pénétrer par la paracenthèse jusqu'à une caverne pulmonaire résultant de la fonte tuberculeuse pour en évacuer le pus, constitue-t-elle une pratique qu'on doive approuver et recommander? nous ne le pensons pas. Il y a une différence capitale entre une vomique circonscrite unique existant dans un poumon par suite d'une inflammation, et une caverne tuberculeuse. A la rigueur dans le premier cas, si le diagnostic était parfaitement précis, on pourrait recourir à cette tentative hardie et porter l'instrument tranchant ou le trocart à travers le tissu pulmonaire jusque dans le foyer, comme on le fait pour un abcès du foie ou une collection purulente dans la plèvre; il y aurait, malgré les accidents qui peuvent suivre, quelques chances de guérir les malades: mais dans la phthisie pulmonaire, à quoi peut aboutir l'ouverture d'une caverne, en supposant même qu'elle soit unique lorsqu'il existe dans dix autres points

des poumons des tubercules qui se développent incessamment et qui passeront bientôt à la fonte purulente ? Il n'est pas douteux pour nous que presque pas une phthisie pulmonaire ne serait mortelle, si la maladie se bornait à une seule jetée de tubercules dans un point de l'organe. La nature aidée par l'art aurait le plus souvent assez de force pour lutter contre cette atteinte. Ce qui fait la gravité, l'incurabilité de la maladie, c'est la disposition générale, la diathèse ; c'est la formation incessante de nouveaux tubercules. Qu'il nous soit donné un moyen thérapeutique pour enrayer, pour arrêter cette production continue, et la phthisie tuberculeuse sera une maladie guérissable presque à quelque degré qu'elle soit parvenue.

C'est donc selon nous une illusion qu'ont poursuivie d'abord le docteur Crimer, puis plus récemment M. Bricheau en pensant être utiles aux malades en pénétrant dans la poitrine pour aller évacuer le pus rassemblé dans une caverne tuberculeuse. Voici du reste l'analyse de l'observation de M. Bricheau. Huard, journalier, âgé de vingt-neuf ans, présentait depuis cinq ans les signes les mieux caractérisés de la phthisie pulmonaire, lorsqu'il entra à l'hôpital Necker le 16 mars 1840 : aux signes généraux venaient s'ajouter les signes locaux suivants : râle, matité, gargouillement humide, bourdonnement de la voix sous les deux clavicules, plus étendu et plus considérable à droite qu'à gauche. Bientôt pectoriloquie évidente, gargouillement, respiration caveuse à droite. Un large cautère est appliqué sous la clavicule droite ; on en pose successivement deux autres au fond de la plaie résultant du premier. On creuse chaque jour la plaie formée par le cautère, tantôt en y ajoutant de la potasse caustique, tantôt en cautérisant avec un crayon de nitrate d'argent. Enfin le 11 août 1840 une ponction fut faite dans la plaie à l'aide d'un bistouri qui pénétra jusqu'à la profondeur de 8 lignes. Deux ou trois pois furent entassés dans l'ouverture dilatée. Le lendemain on retira de la caverne (car on y était parvenu) une matière blanchâtre semblable à du mastie délayé avec un peu de liquide et des débris organiques ; pendant quelques jours la plaie donna issue à de la matière de même nature. La plaie profonde et pénétrante faite

par les premiers cautères et le bistouri ne tarda pas à se combler, à se cicatriser, et fut remplacée par une vaste excavation au fond de laquelle on ne percevait plus ni gargouillement ni pectoriloquie, ce qui fit penser que la caverne s'était comblée et que ses parois avaient contracté des adhérences. Ce malade resta dans un état stationnaire jusqu'au mois de mai de l'année suivante, qu'il fut emporté par une péricardite aiguë. On constata à l'autopsie l'oblitération presque complète de la caverne du sommet du poumon droit par un travail récent de cicatrisation. Il n'y avait dans le reste de ce poumon, comme dans le poumon gauche, que quelques rares tubercules isolés, dont quelques-uns passés à l'état crétacé. Ce sujet était certainement dans les conditions les plus favorables à l'emploi de la paracenthèse, puisqu'il n'y avait chez lui qu'une seule caverne, et peu de tubercules dans le reste des poumons. Mais nous ne voyons pas chez lui quel immense résultat a eu cette opération. Nous pouvons nous demander même si les longues souffrances qu'il a dû subir n'ont pas plutôt aggravé qu'amélioré son état. (*Jour. de méd. de la Rev. méd. chir.*, mars 1843.)

**POLYPE DU LARYNX. Mort par asphyxie.** On a rarement l'occasion d'observer des productions polypéuses dans le larynx. Les auteurs n'en ont rapporté que peu d'exemples, et Desault en a rencontré deux cas seulement : l'un sur un cadavre, et l'autre sur un malade qui périt de suffocation. Aussi croyons-nous que l'observation suivante mérite à un haut degré l'attention de nos lecteurs. Le Dr Besseman d'Anvers donna ses soins à Catherine Mullar, servante, âgée de vingt-huit ans, et conduite à l'hôpital de ladite ville par une gêne extrême de la respiration. Il y a deux ans que, sans cause connue, la respiration devint difficile en même temps qu'il y eut un peu de gêne dans la voix avec altération de son timbre, toux sèche avec des exacerbations irrégulières. Le 2 février, à l'entrée de la fille Mullar à l'hôpital, on remarque les symptômes suivants : Gêne notable et fréquence de la respiration ; bruit sonore assez semblable au sifflement laryngien croupal, seulement sans l'inspiration qui se fait difficilement ; expiration plus prolongée ; apnée complète ; toux

raque et sourde; déglutition peu ou pointgée; pouls régulier, faible. Parfois ces symptômes deviennent plus intenses, la face est violacée, bleuâtre, ainsi que les extrémités, et l'asphyxie paraît imminente. Dans le pharynx, ni la vue, ni le doigt ne découvrent aucune rougeur, aucune ulcération, rien enfin qui soit anormal. Les ligaments aryéno-épiglotiques paraissent intacts. Une sonde œsophagienne arrive sans obstacle dans l'estomac; la percussion et l'auscultation ne fournissent aucun symptôme morbide dans les organes thoraciques. Seulement les battements du cœur sont plus fréquents et le bruit respiratoire est faible dans toute l'étendue des poumons. L'investigation la plus rigoureuse ne fit découvrir aucun antécédent syphilitique. En présence de l'expression symptomatique que nous venons de retracer, il était difficile pour ne pas dire impossible de porter un diagnostic certain sur la nature de la maladie dont la fille Muller était atteinte; toutefois, prenant en considération la gravité des accidents qui à chaque instant mettaient ses jours en danger, des médecins proposèrent la trachéotomie. Cette opération fut rejetée dans une consultation, et la malade succomba dans un dernier et violent accès de suffocation le 5 février. A l'autopsie, faite trente heures après la mort, l'ouverture longitudinale du larynx mit à découvert une tumeur pyriforme s'insérant par un pédicule assez large sur la corde vocale inférieure droite. Cette production est blanchâtre, légèrement bosselée et du volume d'une noisette: le larynx lui-même paraît parfaitement sain ainsi que le reste de la trachée-artère. Les poumons, le cœur et les gros vaisseaux ne présentent d'autres lésions que celles que l'on observe à la suite de l'asphyxie qui chez notre malade a été évidemment produite par l'oblitération de la glotte due à la présence de la tumeur du larynx.

On comprend comment dans une forte expiration la tumeur poussée contre la glotte pouvait même s'engager entre les bords et occasionner un accès de suffocation que nous avons vu se reproduire si souvent chez la malade, et que faisait cesser une inspiration assez énergique pour dégager l'excroissance polypeuse et la refouler dans le larynx. S'il est facile par l'examen anatomique de se rendre raison des troubles fonction-

nels observés du vivant de la malade, il est malheureusement trop certain que le diagnostic de semblables tumeurs n'en sera nullement éclairé, et que les mêmes phénomènes morbides venant à se reproduire, on serait fort embarrassé en pratique non-seulement par rapport aux moyens curatifs qu'il conviendrait de mettre en usage, mais encore pour préciser la nature de la maladie qu'il s'agirait d'attaquer. Car, en supposant même que l'imminence de l'asphyxie engageât le praticien à faire l'opération de la trachéotomie, cette opération serait insuffisante, il resterait à rechercher si l'obstacle à la respiration ne vient pas de plus haut; c'est donc le larynx qu'il faudrait ouvrir à son tour, et je ne crois pas que, sur une simple présomption, on se décide jamais à pratiquer deux opérations qui ne sont pas sans offrir l'une et l'autre des dangers réels. Concluons donc que dans l'état actuel de nos connaissances le fait pathologique rapporté dans l'observation se dérobe au diagnostic chirurgical, et que conséquemment l'ouverture du larynx et l'excision du polype développé à l'intérieur de sa cavité ne pouvaient se faire d'après des indications précises, mais bien sur des probabilités toujours fort ébauchées. (*Annales de la Société d'Anvers*, mars 1843.)

**PUSTULE MALIGNE** (*Considérations sur le traitement de la*). Si les chirurgiens sont d'accord sur le principe de la cautérisation dans le traitement de la pustule maligne, ils sont loin de l'être sur l'agent spécial propre à l'effectuer. L'opportunité des incisions multiples dans les environs de la pustule charbonneuse, la nature des topiques qu'il convient de mettre en usage, enfin les divers éléments qui doivent constituer la médication interne; tous ces points divers et intéressants de thérapeutique sont encore loin d'être uniformément résolus. Aussi doit-on pour fixer ses doutes à cet égard en appeler aux résultats de l'observation, et interroger l'expérience de ceux que les circonstances ont heureusement placés pour voir et étudier l'affection si grave qui nous occupe. Deux praticiens fort compétents en pareille matière, puisque tous deux exercent dans des pays de grande culture, ou la pustule maligne se montre fréquemment, l'un à Hombourg, c'est le docteur Muller, l'autre à Etampes

en Beauce), c'est le docteur Bourgeois, viennent chacun de publier un travail dont voici les conclusions pratiques.

M. Bourgeois préfère la potasse caustique; en cela il est d'accord avec M. Muller: il rejette comme inutiles, barbares et dangereuses, les incisions grandes ou petites pratiquées autour de la pustule charbonneuse. Ces incisions ont, suivant lui, l'inconvénient, outre qu'elles sont très-douloureuses, de favoriser la mortification des tissus et la pénétration des fluides puritres dans la chair encore saine. Quant au procédé de cautérisation adopté par le docteur Bourgeois, le voici tel qu'il le décrit lui-même: « Je commence par ouvrir les vésicules en promenant circulairement sur elles et sur l'escharre le morceau de potasse: dans le cas où cette escharre est trop sèche ou trop épaisse, j'en enlève quelques pellicules à l'aide d'une lancette bien affilée. Au bout de quelques instants, l'avidité de la pierre pour l'humidité fait que la portion de celle-ci qui est en contact avec les parties malades se dissout et pénètre les chairs, qui se délayent et forment un détritus qui s'amasse circulairement sur les bords de la petite excavation que l'on creuse ainsi. Pour éviter que la sérosité qui abonde quelquefois dans les tissus ainsi cautérisés ne vienne à dissoudre trop vite le caustique, j'ai soin d'essuyer avec un linge les coulées de potasse dissoute, j'évite ainsi de profondes escharres et les cicatrices difformes qui en seraient le résultat infaillible. Après une ou deux minutes on a généralement atteint les parties les plus profondes de la tumeur, ce qui se reconnaît à un léger écoulement sanguin. La plaie ainsi obtenue est profonde de 4 à 5 millimètres, de forme conique, et comprend ce que j'appelle la tumeur charbonneuse. La cautérisation ne doit pas se borner au bouton malin, mais atteindre les vésicules développées plus ou moins loin de celui-ci. Il suffit pour cela de toucher légèrement la surface cutanée sur laquelle reposent ces vésicules. Quand on peut craindre que quelques portions aient échappé à la cautérisation, je mets, continue M. Bourgeois, au fond de la plaie un morceau de potasse gros comme une forte tête d'épingle, je revêt le tout d'un morceau d'agaric moelleux que je malaxiens à l'aide

d'un bandage contentif, dans le cas où il y a peu ou point de gonflement: dans le cas contraire, je fais appliquer sur la tumeur des compresses trempées dans une forte décoction de fleur de sureau, astringée ou non, suivant les circonstances, d'eau-de-vie camphrée.

Les suites de la cautérisation varient suivant qu'il existait ou non du gonflement au moment où elle fut pratiquée. Si la tuméfaction était peu ou point développée, l'escharre se détache complètement vers la troisième semaine sans aucune trace de suppuration: il en résulte une cicatrice rouge, plate, qui ne pâlit que plusieurs années plus tard. Dans le cas où le gonflement était assez prononcé et où déjà des symptômes généraux avaient apparu, on trouve le lendemain que les parties inertes sont séparées des téguments sains par un bourrelet circulaire, grisâtre. Il faut continuer les applications résolutives: dans le cas où des vésicules nouvelles se seraient développées au pourtour de l'escharre, il faudrait les cautériser en promenant la potasse à leur surface. Si malgré cette nouvelle cautérisation il s'en reformait encore; on les détruirait à mesure qu'elles se montreraient, à moins qu'il n'y eût une amélioration des symptômes généraux. On peut alors se tranquilliser, elles ne tarderont pas à se flétrir. Quant aux moyens médicaux proprement dits, M. Bourgeois, d'accord avec Pinel, Boyer et Cnaussier, rejette l'emploi de la saignée et des sangsues. Il a vu les morsures de ces dernières devenir promptement gangreneuses: toute évacuation sanguine a pour résultat infaillible d'extraire de l'économie le fluide sans lequel l'organisme ne pourrait combattre avec avantage le principe virulent et réagir contre son action délétère. Quand les symptômes généraux sont légers, le médecin d'Étiampes prescrit de la limonade, de l'eau de groseilles ou toute autre tisane rafraîchissante. Les symptômes de la dernière période viennent ils à se manifester, alors il a recours aux toniques fixes ou diffusibles les plus actifs, le thé, la camomille, le polygala, etc. Il recommande surtout la potion qui suit, prise par cuillerée d'heure en heure.

Prenez:  
Eau de cannelle, } ana. 60 gram.  
Eau de menthe poivrée, }  
Eau de fleurs d'orange..... 12 —

Esprit de mindererus ..... 10 gram.  
 Elixir de Garus, } ans..... 30 —  
 Sirop de Kiga, }

A cette médication il ajoute des lavements de même nature que la tisane, avec addition de 1 gram. ou 2 de camphre et d'autant de teinture de musc.

« Il est rare que j'en vienne aux vomitifs, dit M. Bourgeois; les secousses qu'ils occasionnent me semblent très-nuisibles. »

Contrairement à cette manière de faire, nous voyons M. Muller préconiser le vomitif au début du traitement; il le fait suivre de l'administration de l'eau de chlore à la dose de 30 à 45 grammes en 24 heures, soit seule, soit mêlée à une décoction de salep. Cette médication lui aurait toujours procuré de bons résultats, même dans plusieurs cas assez graves. Dans toutes les périodes il proscrit l'humidité, les cataplasmes, qui lui ont paru toujours accroître le gonflement consécutif. Localement il se borne à des applications sèches qui consistent en des sachets renfermant 30 gram. de chlorure de chaux, 180 gram. de fleurs de camomille; ces sachets conservent leur efficacité pendant deux ou trois jours, comme le témoigne l'odeur qu'ils exhalent.

Quant au caustique que préfère M. Muller, c'est la potasse, qui lui paraît déterminer une vive réaction inflammatoire et procurer la guérison sans que le mal passe à un degré plus intense. Toutefois, au début de la maladie, lorsqu'il n'existe encore que l'induration spécifique centrale et circonscrite, il pense que l'excision de cette induration peut être un moyen certain de guérison: il dit que le docteur Wetzer de Bonn l'a employée avec le plus grand avantage. (BOURGOIS, *Arch. de méd.*, mars 1843, et MULLER, *Annal. de chir.*, mars 1843.)

**TUBERCULES PULMONAIRES**  
*(Sur les transformations des) et sur quelques-unes des terminaisons de la phthisie.* Depuis Laennec, qui émit la consolante pensée que la phthisie était quelquefois curable, soit spontanément, soit par les secours de l'art, fait que de nombreuses autopsies lui avaient démontré, plusieurs travaux ont été faits qui ont confirmé l'opinion de l'illustre inventeur de l'auscultation. Il paraît hors de doute aujourd'hui que dans un certain nombre de cas, dont mal-

heureusement on ne peut préciser les circonstances, une première poussée tuberculeuse peut s'arrêter là, les tubercules disparaître ou se transformer, et même des cavernes se cicatriser. Voici un travail de M. E. Boudet d'après lequel même ces faits ne seraient pas aussi exceptionnels qu'on le pense généralement. En effet, rare chez l'enfant, l'arrêt dans l'évolution des tubercules ne s'est présenté qu'une seule fois jusqu'à l'âge de 3 ans; de 3 à 15 ans il en a rencontré 12, dont 2 avec excavation tuberculeuse; de 15 à 76 ans, il l'a trouvé dans les neuf onzièmes des cas, 97 fois sur 116. Toutes ces terminaisons par la guérison peuvent se faire de quatre manières: 1<sup>o</sup> par séquestration, 2<sup>o</sup> par induration diminuée ou augmentée, 3<sup>o</sup> par absorption, 4<sup>o</sup> par élimination. Toutes ces transformations peuvent avoir lieu à toutes les phases de leur évolution. Remarquons aussi, ce qui viendrait justifier la pratique de M. Amélie Latour, qui dans cette maladie fait un grand usage du chlorure de sodium, que l'analyse chimique a démontré que les indurations succédant aux tubercules sont surtout formées par du chlorure de sodium. M. Boudet a vu aussi que les excavations tuberculeuses guérissent elles-mêmes dans un bon nombre de cas. Sur 197 sujets, il a trouvé 10 cas de cavernes entièrement cicatrisées sans aucune trace de tubercules récents, et 8 cas de cicatrisation plus ou moins complète, coïncidant avec la présence de tubercules récents.

Ce n'est pas seulement sur le cadavre que M. E. Boudet a observé la transformation fréquente des tubercules. En moins d'une année il a rassemblé 14 cas d'individus vivants, dont 6 avec ramollissement de la matière tuberculeuse, qui ont guéri.

Ces résultats sont sans doute bien consolants. Il ne faut pas cependant en exagérer l'importance. Pour cette dernière série de faits surtout, qui ne sait que des cures trop tôt annoncées ont donné lieu un peu plus tard à de tristes et cruels mécomptes? (*L'Expérience*, février 1843.)

**ULCÈRE DE LA BOUCHE** particulier aux nourrices. Un médecin américain, du Massachusetts, M. le docteur E. Hale, signale une forme d'ulcère de la bouche particulier aux nourrices, qu'il a observé assez

souvent dans l'état qu'il habite, et qui a été également vu dans celui de Tenuessée. Nous devons dire un mot de cette maladie nouvelle inconnue parmi nous. Voici les symptômes et la marche de cette affection qui n'affecte que les nourrices, et qui, chose particulière, disparaît presque toujours, à quelque degré qu'elle soit arrivée, dès qu'on sevrer l'enfant. Les prodromes de la maladie sont une sensation incommode dans la bouche, une perte du goût, et du goût du sel en particulier. Bientôt un bouton dur se développe vers la pointe de la langue, qui devient rouge et douloureuse. Ce bouton s'ulcère au centre, l'ulcération est profonde, à bords élevés, environnée d'un cercle inflammatoire très-douloureux. Plusieurs ulcères de ce genre se forment sur la langue, la face interne des joues, très-rarement sur les gencives et le palais; l'inflammation occupe la presque totalité de la bouche; la langue est très-rouge et lisse, la salivation abondante. Bientôt l'inflammation gagne la gorge, la muqueuse de l'estomac, les intestins; la diarrhée survient. Néanmoins l'appétit reste bon quoique la déglutition soit très-difficile. Le lait diminue à peine et l'enfant reste sain et vigoureux. Le traitement local de ces ulcères est sans aucun effet. C'est sur l'estomac qu'il faut agir. Le vin, la bière, les boissons gazeuses exercent une action favorable. Mais, comme nous l'avons dit, si l'on vient à sevrer l'enfant, la maladie guérit très-rapidement, à quelque degré qu'elle se présente. (*The American Journ. of med. sc. et l'Examinat. méd.*, février 1843.)

**UTÉRUS** (*Hypertrophie congénitive de l'*) accompagnée d'une *névralgie crurale*. Madame N... éprouvait depuis un an environ de la pesanteur et de la fatigue dans le bas-ventre, lorsqu'à la suite d'une longue marche pendant laquelle ses règles parurent, elle éprouva, trois jours après la cessation de celles-ci, la sensation d'un poids inusité, puis des douleurs fort vives avec retentissement dans le ventre, à tel point que la moindre pression lui arrachait des cris.

On prescrivit un bain, puis des sangsues à l'anus; la douleur augmenta, et la saillie du corps de l'utérus se prononça à l'hypogastre. Le retour des règles soulagea la malade momentanément. Nouvelle applica-

tion de sangsues au col utérin sans succès : au bout de quelques jours, douleur à l'aîne gauche et dans la région supérieure et antérieure de la cuisse. Bientôt la douleur, qui dans les premiers jours allait de l'aîne au ventre et *vice versa*, se fixe à la cuisse qu'elle contourne en dehors pour aller rejoindre le nerf sciatique et l'accompagner jusqu'au jarret. La fesse était également le siège de douleurs. La forme périodique de cette névralgie se dessina tout d'abord; elle vint par accès deux fois par jour, puis une fois seulement. Cependant il y eut entre les accès des intervalles d'un, de deux et même de trois jours. Les crises duraient en général de huit à neuf heures, et s'accompagnaient de chaleur, de fièvre et de sueurs sans frissons. La durée consécutive de la douleur était de cinq à six minutes, pendant lesquelles la malade criait comme si elle eût été en mal d'enfant, elle s'accrochait à ce qu'elle pouvait saisir, mais la douleur ne déterminait aucun effort expulsif; puis il y avait trois ou quatre minutes d'intervalle sans douleur : ensuite celle-ci recommençait. Des applications de sangsues, des saignées, des bains chauds, des liniments de tout genre, des calmants à l'intérieur, tout cela fut épuisé; les bains de vapeur, la quinine, le furent aussi sans succès : souvent il fallut sonder la malade dont l'état se compliquait parfois de dysurie. Deux mois s'étaient écoulés depuis l'invasion de la névralgie, et la malade, qui n'avait pas quitté son lit, s'affaiblissait sensiblement : alors M. Baumgartner, docteur à Genève et auteur de l'observation, s'avisait comme il le dit lui-même de ne plus s'occuper des douleurs et de songer uniquement au développement de l'internus qui était considérable, sensible à l'hypogastre et par le toucher vaginal : il prescrivit dix gouttes de teinture d'iode deux fois par jour. L'effet de ce remède se montra dès le premier jour, la malade fut soulagée; au bout de trois jours il n'y avait plus de douleur : la malade ayant pu aller à la campagne deux semaines plus tard, s'y rétablit promptement. Elle a consommé 8 à 12 grammes de teinture d'iode jusqu'à sa guérison complète. Cette observation nous a paru intéressante en pratique sous plusieurs rapports. Elle prouve d'abord combien une fausse direction en thérapeutique

peut compliquer une maladie qui, rationnellement combattue à son début, eût promptement cédé aux moyens généralement conseillés et chaque jour mis en usage contre elle.

De quoi s'agissait-il en effet dans le cas qui nous occupe ? 1° d'un engorgement congestif de l'utérus, bientôt suivi d'une métropéritonite légère et circonscrite à l'organe primitivement affecté. Or, les saignées à l'anus et sur le col utérin pour combattre cet état phlegmasique sont loin, suivant nous, d'avoir la même efficacité que la saignée du bras pratiquée sous la forme revulsive; il y a plus, appliquées en petit nombre, les saignées agissent au profit de l'affection qu'on se propose de détruire autant par l'appel des fluides qu'elles déterminent sur le point déjà congestionné que par la douleur que leurs morsures ne manquent pas de produire sur les tissus phlogosés. Aussi voyons-nous dans l'observation qui précède la saignée du corps de l'utérus augmenter avec la douleur après l'action des sangsues. Quant aux phénomènes nerveux consécutivement développés, ils présentent cela de remarquable, que si fréquemment ils s'observent dans les affections diverses de l'utérus, rarement on les voit revêtir le caractère et la forme qu'ils ont offerts ici avec une persistance et une périodicité qui n'appartient guère en général qu'à une véritable névralgie. Aussi conçoit-on jusqu'à un certain point comment le médecin a pu se laisser induire en erreur, et s'attacher à combattre ce qui n'était en définitive qu'un des symptômes d'une lésion anatomique qu'il avait d'ailleurs constatée. Le résultat de la médication un peu trop tardivement mise en usage le prouve suffisamment, et indique aux praticiens la voie qu'il faudrait suivre dans un cas semblable. (*Jour. des Connats. méd. chir., mars 1813.*)

**UTÉRUS** (*Introversion de l'; et polype fibreux de cet organe.* M. Velpeau a présenté, dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, une pièce d'anatomie pathologique qui, avec l'histoire de la malade qui l'a fournie, pourra servir avantageusement au diagnostic des polypes utérins.

Une femme de trente-six ans, n'ayant pas eu d'enfants, éprouve depuis quatre ou cinq ans des pertes

utérines. Par le toucher, M. Velpeau reconnut un polype fibreux de l'utérus tellement volumineux qu'avec le doigt il ne put pas arriver jusqu'à son pédicule. Les pertes qui épuisaient constamment cette femme, son état de dépérissement, d'anémie, décidèrent le chirurgien à pratiquer promptement l'opération. Le polype ayant été saisi avec des pinces de Museux, qu'on eut de la peine à introduire dans le vagin tant la tumeur était volumineuse, fut abaissé peu à peu; et après de longues et pénibles tractions, une tumeur énorme est sortie de la vulve : elle avait un pédicule très-long, cylindroïde, qui se continuait avec les tissus voisins. A l'endroit où ces tissus se confondaient avec la tumeur, on ne pouvait reconnaître la matrice; cependant comme le polype semblait limité par une sorte de sillon circulaire, M. Velpeau pratiqua la section en cet endroit et coupa ce qu'il crut être le pédicule. Voyant alors un saignement sanguin, il cut peur d'une hémorrhagie; il remplit le vagin de boulettes de charpie, et la malade fut portée dans son lit sans avoir perdu beaucoup de sang. Le lendemain de l'opération on retira du vagin les boulettes qui y ont été introduites; la malade a sommeilé, elle est sans fièvre, le ventre n'est pas douloureux. Le surlendemain, abatement extrême, face grippée, ventre douloureux, vomissements, pouls filiforme; la malade succomba dans la journée. La tumeur enlevée par le chirurgien est pyriforme, elle a environ le volume du poing d'un adulte; c'est un corps fibreux d'un aspect nacré, criant sous le scalpel et qui s'est bien évidemment développé dans l'épaisseur de l'utérus, car il est encore recouvert d'une couche très-mince de tissu utérin. L'utérus s'est offert sous la forme d'un cylindre constitué par les parois épaissies de cet organe qui a subi une inversion complète. On voit les ovaires et les ligaments ronds engagés dans une espèce d'entonnoir qui n'est autre chose que le corps de la matrice ainsi renversé. En examinant la coupe que présente le fond de l'utérus, on comprend la difficulté qu'a dû éprouver le chirurgien à établir la ligne de démarcation entre cet organe et le polype; car d'après l'étendue de cette coupe, qui comprend toute l'épaisseur du cylindre, représentée par le fond de l'utérus, le pédicule du corps fibreux.



devait se fondre pour ainsi dire avec le tissu utérin sans laisser voir le moindre défaut de continuité de l'un à l'autre. Quant au renversement de la matrice en lui-même, bien qu'il soit fort rare chez une femme qui n'a pas eu d'enfants, le mécanisme est ici facile à comprendre : le polype fibreux s'est développé dans le corps de l'utérus, il a été primitivement interstitiel : peu à peu il s'est accru, s'est porté vers le col de cet organe, et s'y est engagé en entraînant avec lui le fond et le corps de la matrice dont le tissu devait être préparé à cette évolution par l'augmentation que lui avait fait subir le développement lent et gradué du corps étranger. (*Compte-rendu de l'Acad. de méd., mars 1843.*)

**VERS** (*Des accidents nerveux occasionnés par la présence des*) dans les voies digestives. C'est un fait généralement connu des praticiens, qu'un certain nombre d'accidents nerveux et de troubles fonctionnels dans les voies digestives peuvent reconnaître pour cause la présence d'helminthes dans le conduit intestinal. Les observations de ce genre ne sont pas rares. Ce n'est pas sur l'homme seul que ces faits ont été observés; les mouvements tétaniques des chiens, l'épilepsie des chats surtout, sont très-fréquemment liés à la présence de ténias dans les voies digestives. Quoique ces phénomènes soient généralement connus, M. le docteur David n'en a pas moins fait une chose utile en rapportant plusieurs observations dans lesquelles des accidents nerveux reconnaissent évidemment pour cause la présence du ténia. Aucun doute par exemple ne peut s'élever sur la suivante : un jeune homme, domestique, était fréquemment atteint d'accès épileptiformes; plusieurs années s'écoulaient sans que la cause de ses accès soit soupçonnée; enfin à cette demande de M. David : *Avez-vous quelquefois rendu des vers*, l'étiologie s'éclaircit par la réponse affirmative du malade, qui déclare en avoir toujours rendu des petits comme du blé haché, et d'autres plats et courts. L'inspection des matières confirme cette réponse. Le malade prit en deux matinées 125 gr. d'huile de ricin, combinée au sirop de limon et étendue par une infusion de roses pâles. Il rendit une énorme quantité de fragments du ver. Retour à la santé. Un an après,

nouveaux accès, nouvelle présence de fragments de ténia. Même prescription qui fait rendre trois mètres de ténia. Les accès cessent et le sujet reprend toutes les apparences de la santé. Enfin, un an après, réapparition nouvelle des accidents coïncidant avec la présence de fragments de ténia dans les selles; le malade prend alors la décoction de racine de grenadier. Des circonstances empêchèrent d'examiner les selles, mais le malade, en allant aux latrines, sentit s'échapper un paquet volumineux. Toujours est-il que depuis lors les accidents nerveux n'ont plus reparu non plus que des fragments de ténia. (*Gaz. médicale de Paris, février, 1843.*)

**VERS** (*Accès cataleptiformes, fièvre algide quotidienne dus à la présence de*). Nous venons d'appeler l'attention de nos lecteurs sur différents faits d'accidents nerveux dus à la présence de vers dans le tube intestinal. Nous croyons important d'ajouter à ce que nous avons dit, l'exposé de deux nouvelles observations publiées par M. le docteur Crommelinck : une belle et fraîche paysanne éprouvait l'affection suivante : tout d'un coup et sans signe précurseur aucun, elle se sentait frappée d'une perte complète de toute volonté, d'une espèce d'impuissance générale de toutes les fonctions soumise à l'empire de la volonté, en un mot elle éprouve des accès cataleptiques qui durent de une à trois minutes et qui la surprennent en tout lieu et en toute circonstance. Aucune question n'avait pu mettre M. Crommelinck sur la voie de la cause de cette affection, quand le hasard le rendit témoin d'un accès, dans lequel il remarqua que les pupilles, d'habitude à un état de dilatation ordinaire, se dilatèrent subitement, mais à tel point qu'elles effacèrent presque complètement l'iris. Dès ce moment il soupçonna une affection vermineuse. Il prescrivit immédiatement du calomel uni à du semencontra, et dans l'espace de trois jours la malade rendit au delà de cent vers ascarides de six à huit pouces de longueur. Dès ce moment les accès ne reparurent plus. — Un enfant de huit ans éprouvait depuis quatre jours des accès de fièvre intermittente algide. Sur l'inspection des pupilles, qui offraient une énorme dilatation, M. Crommelinck soupçonna une affection vermineuse et prescrivit

avec le plus grand succès le calomel et le semen-contra. (*Annales médico-légales Belges*, mars 1813.)

**VERS (sur les) trouvés dans l'œil de l'homme.** Le développement accidentel d'animaux sur d'autres animaux est un phénomène dont l'étude n'intéresse pas moins la pathologie que l'histoire naturelle. Aussi croyons-nous faire plaisir et être utile à nos lecteurs en leur communiquant les observations suivantes, que nous empruntons à un excellent Mémoire de M. Rayer, ayant pour but de déterminer la fréquence des entozoaires dans les diverses espèces d'animaux; nous nous bornerons, pour notre part, aux faits les plus intéressants qui sont relatifs à l'homme.

Chez une fille de dix-huit ans, le docteur Semmering constata dans la chambre antérieure de l'œil gauche un cysticerque de la grosseur d'un grain de vesce. Il parut à la suite d'une ophthalmie : complètement indolore, à peine produisait-il un léger sentiment désagréable lorsqu'il se montrait un peu fort, empêchant la vue quand il s'avancait au-devant de la pupille. Ordinairement il repassait au fond de la chambre antérieure, et il se présentait comme une boule passablement diaphane qui n'offrait qu'un point une saillie d'un blanc laiteux et non transparente. De ce point sortait parfois, spontanément ou à l'aide d'un doux frottement pratiqué sur l'œil, la partie épaisse plissée du cou, laquelle se terminait par la tête, pourvue de quatre suçoirs et d'une double couronne de crochets qui ne fut reconnue qu'après l'extraction du ver et sous le microscope. Le cou pendait ordinairement comme un fil à plomb; il était librement mobile en tout sens, de sorte que dans l'inclinaison de la tête de la malade, il se portait sur tous les points de la circonférence de la cornée. Après être resté sept mois dans l'œil et avoir crû du double, c'est-à-dire avoir acquis le volume d'un pois, le ver fut extrait vivant, par le docteur Schott, au moyen d'une petite incision dans la cornée et d'une petite pince. Les recherches de MM. Rayer et de Nordmann leur ont appris que les divers éléments qui constituent l'œil pouvaient devenir le siège de ces animalcules helminthiques; ils en ont décrit, sous le nom de *filaires*, une variété qui paraît plus spécialement affecter le cristallin atteint de cataracte. Ainsi

chez une femme à laquelle M. le professeur Jungken pratiqua l'opération de la cataracte par extraction, on trouva dans le cristallin un filaire vivant enfoncé dans la capsule et long de cinq lignes et demi. Trois de ces *filaires* furent observés par M. de Nordmann dans le cristallin, devenu opaque, d'un homme de soixante et un ans, opéré par le docteur Geschoïd; opéré plus tard d'une cataracte sur l'autre œil, le même individu portait dans son cristallin huit *monostomes* : logés dans les couches supérieures de la lentille, ils avaient un dixième de ligne de longueur. Le même observateur constata dans l'intérieur du la capsule du cristallin d'un enfant de cinq mois, affecté de cataracte congénitale, quatre *distomes*. Un autre fait non moins intéressant est l'observation que le docteur Logau a consignée dans le journal *The Lancet*, 30 mars 1833. Il s'agit d'un enfant de sept ans affecté d'une violente ophthalmie scrofuleuse de l'œil gauche avec un état nébuleux de la cornée. Les accidents inflammatoires ayant diminué, il resta une opacité du segment inférieur de la cornée, et dans l'humeur aqueuse de la chambre antérieure un corps demi-diaphane de deux lignes de diamètre, libre et flottant. Sphérique, ce corps présente un appendice renflé à son extrémité, qu'il projette en tout sens en se contournant dans diverses directions. Une vive lumière que l'on dirige sur ce corps le fait se contracter, et alors on peut le voir prendre diverses formes. L'œil de l'enfant est actuellement dans un état d'irritation, dû au frottement continu exercé par le corps étranger sur la surface de l'iris et sur la membrane délicate qui tapisse la cornée. Le docteur Robert, se fondant sur le peu de durée que doit avoir la vie de cet animalcule et sur la facilité avec laquelle, après sa mort, il sera dissous par le liquide dans lequel il nage, et résorbé avec lui, ne veut pas qu'on en fasse l'extraction, à moins qu'il ne détermine quelque altération des organes délicats avec lesquels il est en contact. Nous ne partageons pas la manière de voir de notre confrère, et, d'accord avec le plus grand nombre des praticiens qui ont rencontré des cas de la nature de ceux qui nous occupent, nous pensons que l'extraction du corps étranger est la première indication qu'il faille remplir. Il vaut toujours

mieux, en effet, prévenir les altérations organiques, qu'attendre qu'elles soient développées; car on ne peut jamais assurer alors qu'elles ne résisteront pas invinciblement aux moyens de traitement mis en usage.

Le Mémoire de MM. Rayer et de Nordmann renferme en outre cinq exemples de cysticerque trouvé dans le tissu cellulaire sous-conjonctival; nous en citerons une seule observation, toutes ayant entre elles une parfaite analogie. — *Obs.* Une petite fille de sept ans s'était heurté la tête contre le bord d'une cuve, et eut à l'œil une contusion qui disparut bientôt; à quelque temps de là, la paupière inférieure se gonfla. Un médecin appelé en consultation trouva une tumeur à la conjonctive et prescrivit une pommade iodurée. Peu après, M. Hœring trouva la tumeur rouge

et comme sarcomateuse, du volume d'une noisette, fortement adhérente à la sclérotique vers l'angle externe de l'œil, et entièrement recouverte par la paupière. M. Hœring y fit une ponction qui donna issue à deux gouttes de pus jaunâtre. La tumeur ne se vidant pas, la plaie fut agrandie; on vit alors au fond de la plaie un corps transparent, arrondi, ayant l'aspect du corps vitré. Au même instant le malade fit un mouvement avec la paupière inférieure, et il tomba de l'œil une petite vessie ronde, transparente, de la dimension d'un pois, qui, placée sous le microscope, fut reconnue pour un cysticerque cellulaire à ses quatre suçoirs et à sa double rangée de orochets. On employa des frictions d'iode, et la plaie guérit bientôt. (*Archives de médecine comparée.*)

## VARIÉTÉS.

— L'événement capital du mois a été la fin de la longue lutte des compétiteurs au fauteuil de Larrey à l'Académie des sciences. La discussion des titres n'a pas duré moins de trois séances; enfin le jour de la nomination est arrivé, et, après trois tours de scrutin, dont un de ballottage avec M. Lallemand, M. Velpeau a été proclamé membre de l'Académie des sciences. Ce résultat a été généralement accueilli avec satisfaction. Comme homme de science, nul candidat n'avait des droits égaux à ceux de M. Velpeau, et l'hommage qui lui a été rendu ne peut être considéré que comme un acte de justice. Assurément qu'en dehors de M. Velpeau, et pour d'autres mérites, qui quoique divers n'en sont pas moins réels, l'Académie pouvait faire un autre choix agréable aussi à l'opinion publique. Qui aurait pu s'étonner, par exemple, que M. Lisfranc, le praticien le plus éminent de notre époque, arrivât au fauteuil académique? Qui aurait pu se scandaliser que l'Académie voulût récompenser l'auteur de la plus belle invention chirurgicale moderne, M. Civiale? Pour notre compte, le succès de ces deux candidats nous eût également satisfait, et nous estimons qu'un jour ou l'autre des hommes de cette valeur doivent trouver justice et récompense.

— La nomination de M. Velpeau complète la section médico-chirurgicale de l'Académie des sciences. Il était temps, cette section, l'une des plus occupées, est dans ce moment encombrée de travaux à examiner, soit pour en faire des rapports, soit pour le jugement du prix Montyon. Il faut espérer que les deux nouvelles acquisitions que vient de faire l'Académie en la personne de MM. Audral et Velpeau, tous les deux jeunes encore et pleins de zèle, contribueront efficacement à combler l'immense arriéré qui existe, au grand détriment des travailleurs.

— Le corps médical s'est ému plus peut-être qu'on n'aurait osé l'espérer de la nouvelle loi sur les patentes. Nous devons même reconnaître que la province, qu'on était porté à supposer plus indifférente que Paris sur les questions qui touchent à l'organisation ou aux intérêts du corps, a pris avec vigueur l'initiative dans cette circonstance : il serait bien à désirer qu'à Paris on eût fait de même. Les Sociétés médicales de Marseille, de Bordeaux, de Toulouse, de Strasbourg, de Caen, etc., ont adressé des pétitions collectives aux Chambres, et toutes les bonnes raisons qu'on peut faire valoir contre l'impôt de la patente infligé aux médecins y ont été exposées avec autant de mesure que d'énergie. Nous félicitons sincèrement nos confrères des départements de cet accord et de cet ensemble, et nous ne pouvons qu'engager ceux qui sont encore en retard sur ce point, à imiter ce bon exemple.

— Un conflit s'est élevé entre les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier et le recteur de l'Académie, conflit dans lequel M. Gergonne nous semble avoir méconnu les vrais principes et des droits légitimes. Voici à quelle occasion : Un professeur de clinique de cette faculté s'absente. Le recteur, pour ne pas laisser le cours en suspens, charge l'autre professeur de clinique, dont le service semestriel ne devait commencer que plus tard, de remplacer son confrère absent. Réclamations des agrégés qui invoquent les règlements et les dispositions de la loi, et qui soutiennent que ce sont là les droits, les seuls droits des agrégés, de suppléer les professeurs absents. Ces réclamations nous paraissent, en effet, on ne peut pas plus fondées, et nous ne voyons pas sur quels motifs on peut s'être basé pour méconnaître des droits aussi évidents. A quoi se réduiraient donc les fonctions des agrégés, si on les privait de remplacer dans leurs chaires les professeurs morts ou absents? Des motifs pris dans des circonstances locales, et dans l'appréhension que l'on éprouverait de confier à un agrégé la responsabilité d'un service de clinique, seraient, ce nous semble, une double injure, et pour l'agrégé lui-même, et pour la faculté qui l'aurait jugé digne des fonctions que les circonstances pouvaient l'appeler à remplir.

— Il est peu de découvertes utiles qui aient joui plus vite, et avec plus de légitimité, de la popularité, que la liqueur de Labarraque. Plus de vingt ans se sont écoulés depuis que cet honorable chimiste a fait connaître les propriétés des chlorures, et, depuis cette époque, le succès a toujours répondu à l'attente de ceux qui en ont fait usage, et cet usage lui-même s'est considérablement accru. Il était utile, néanmoins, recueillir tous les documents, soit scientifiques, soit administratifs, qui concernent l'emploi de ces chlorures, et l'on doit savoir gré à M. Lecann, professeur à l'École de pharmacie et gendre de M. Labarraque, d'avoir rempli cette tâche. Dans la brochure qu'il vient de publier sur ce sujet, on peut prendre une idée des services nombreux que ces préparations ont rendus et de ceux qu'elles peuvent rendre encore en hygiène publique et privée, en hygiène des animaux, en médecine humaine et comparée.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'HYDROSUPATHIE. — EXPOSITION ET APPRÉCIATION THÉORIQUE  
ET PRATIQUE DE CETTE NOUVELLE MÉTHODE.

(Dernier article.)

Il nous reste à examiner quelles sont les maladies au traitement desquelles l'hydrosupathie peut s'appliquer le plus avantageusement. Nous passerons rapidement sur les fièvres essentielles, quoique nous eussions pu citer deux cas de fièvres intermittentes guéries par l'immersion prolongée dans l'eau froide au moment du frisson; dans ces cas, l'hydrosupathie aurait agi comme méthode perturbatrice, méthode dont les médecins prudents ne font jamais qu'un usage modéré. Nous ne nous arrêterons pas davantage sur la *fièvre typhoïde*, quoique M. le docteur Engel de Vienne cite trois guérisons opérées par la méthode appliquée en entier à l'exception des douches. Nous avons hâte d'arriver au traitement des maladies inflammatoires, parce que l'hydrosupathie, dans ces cas, aurait la prétention de constituer une méthode toute nouvelle, qui se substituerait aux émissions sanguines.

C'est par le drap mouillé que les médecins hydrosupathes combattent les maladies inflammatoires, car nous ne pensons pas qu'il en existe beaucoup qui osassent conseiller d'imiter Prienitz, qui, à l'en croire, serait resté dix heures dans un bain à zéro pour se guérir d'un accès de *fièvre chaude*. Nous devons déclarer que nous n'avons trouvé dans tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière que des indications vagues, que des faits peu précis. Ainsi ils avancent que la pneumonie et la pleuropneumonie ont été guéries par cette méthode; mais on ne trouve point une seule observation circonstanciée qui permette au lecteur de partager l'opinion de l'écrivain. Ces faits n'ont pas plus de valeur à nos yeux qu'un prétendu cas de pneumonie qui a cédé, dit-on, à une seule application du drap mouillé : pour nous, il n'y a eu là qu'une simple pleurodynie avec catarrhe pulmonaire. Le drap mouillé (toujours suivi du bain par immersion ou par aspersion) fait aussi, au dire des hydrosupathes, prompt justice du catarrhe pulmonaire; mais nous devons déclarer encore que ce que nous avons vu et lu n'est pas de nature à nous le faire croire; nous avons sous les yeux une malade qui tousse depuis plus de trois mois, quoiqu'elle subisse depuis le même temps un

traitement complet par la méthode. Aussi nous ne craignons pas de déclarer que nous croyons l'hydrosupathie peu applicable, disons plus, dangereuse dans le traitement des maladies des organes de la respiration, et cela par la manière dont elle fait refluer le sang vers les organes intérieurs. Cet effet est si marqué qu'elle pourrait être mortelle chez les personnes affectées de tubercules, et qu'elle exige les plus grands ménagements chez les personnes qui ont la poitrine faible. Ainsi, nous connaissons une dame qui éprouvait des accès de suffocation chaque fois qu'on la plongeait dans un bain trop froid; il a fallu pour elle n'employer jamais que de l'eau à 20 degrés centigrades. Nous sommes aussi fort disposé à attribuer à l'usage répété des bains de siège froids, conseillés à une autre personne atteinte de métrorrhagie, l'intensité et la ténacité d'un rhume qui lui est survenu dans les derniers moments de cette médication.

Nous ne prononcerons pas la même réprobation pour les maladies inflammatoires de l'encéphale, ni pour celles des viscères abdominaux, ni pour les pyrexies des organes génito-urinaires. Mais les médecins ont-ils donc appris de Prienitz les immenses avantages qu'on peut retirer des bains par affusion, des bains peu chauds répétés ou prolongés, avec ou sans irrigation sur la tête, dans le traitement de la *méningite* ou de la *méningo-céphalite*, et n'y a-t-il pas des médecins qui considèrent les affusions d'eau froide dans le traitement de cette dernière maladie comme la médication la plus puissante qu'on puisse leur opposer? Nous regrettons de ne pouvoir qu'indiquer ici un cas de *miélite* très-améliorée par la méthode appliquée par le docteur Brunner (1). Nous ne songerons pas davantage à contester la possibilité de la guérison de la *gastrite*, de la *gastro-entérite*, de la *métrite*, de l'*orchite* par des applications de compresses imbibées seulement d'eau plus ou moins froide, par les demi-bains froids, ou peu chauds et prolongés, en y joignant l'usage des boissons froides et même des lavements froids. Aux effets favorables de la méthode dans le traitement de toutes ces inflammations, et plus particulièrement peut-être pour celles du cerveau, il faut ajouter celui d'introduire de l'eau dans le torrent circulatoire par la voie de l'absorption entanée.

Dans le traitement de ces mêmes maladies, alors que nous administrons des tisanes, faisons-nous donc autre chose que de donner de l'eau à l'intérieur? et à l'exception des affections des organes respiratoires, ne les donnons-nous pas froides dans le plus grand nombre des cas? Tous

(1) Ce médecin a fondé près Zurich un fort bel établissement hydrosupathique qu'il a nommé *Albisbrunn*.

nous savons fort bien la valeur de ces tisanes, tous nous savons que c'est à l'eau qu'il faut rapporter bon nombre de guérisons ; car nous savons que, de tous les liquides, c'est l'eau qui désaltère le mieux, qu'elle diminue la chaleur fébrile, qu'elle active les sécrétions et les exhalations, et en modifie évidemment les produits. Pour notre compte, nous sommes si convaincu de cette efficacité de l'eau, qu'il ne nous arrive presque jamais d'en refuser aux malades qui demandent qu'on leur en permette l'usage presque exclusif, et nous croyons ne faire en cela qu'obéir aux indications naturelles. Cependant, nous devons dire qu'il nous a rarement, pour ne pas dire jamais, réussi de permettre l'eau ou les tisanes froides aux personnes atteintes de bronchite aiguë. Et puis, est-ce à dire qu'il faille proscrire l'eau chargée de principes médicamenteux ? c'est là une fâcheuse exagération dont il faut savoir se préserver ; dans bien des cas ces tisanes produiront d'excellents effets et seront rarement nuisibles.

La plupart des maladies que nous venons de passer en revue pourront encore être combattues avec quelques avantages par l'hydrosupathie quand elles seront passées à l'état chronique, mais alors il faudra que la médication devienne excitante et révulsive ; il faudra tonifier la peau qui fait généralement alors si mal ses fonctions, surtout lorsque l'inflammation chronique a fixé son siège sur les organes de la digestion. Dans les cas de ce genre, la sueur n'est pas essentielle, et presque toujours il suffit, après le maillot de laine, du bain froid par affusion ou par immersion suivi d'exercice afin d'obtenir la réaction, qui est tonique ou révulsive : la douche exerce surtout ce dernier genre d'action. Sans doute qu'à Gräfenberg et dans les autres établissements du même genre de nombreux succès ont été obtenus dans le traitement de ces maladies, loin de nous la pensée de les nier ; mais comment les constater, alors qu'on ne trouve dans la plupart des écrits consacrés à l'hydrosupathie aucune observation rédigée avec tous les détails qui permettent au lecteur d'établir son diagnostic ?

En parlant des maladies inflammatoires nous n'avons pas nommé le *rhumatisme articulaire* ; ce n'est pas par oubli, mais bien parce que nous avons voulu en parler plus spécialement. C'est en effet une des affections à l'état aigu, mais surtout à l'état chronique, contre lesquelles la médication nouvelle paraît être la plus puissante. En même temps nous parlerons de la *goutte*. — Le rhumatisme articulaire aigu se traite par le double maillot avec le drap mouillé et la couverture de laine, et il faut que dans cette condition la transpiration s'établisse ; lorsque la maladie s'amende, on ajoute le bain par immersion à la sortie du maillot. Les articulations malades sont sans cesse tenues enveloppées de com-

presses mouillées. Quoique les hydrosuphates nous fournissent plusieurs observations qui militent en faveur de cette médication, nous n'en persistons pas moins à la considérer comme dangereuse, et voici par quelles considérations. Le rhumatisme est, de toutes les maladies, la plus sujette à métastase, et on le voit en peu d'heures, disons en peu d'instant, quitter un point pour se porter sur un autre. Eh bien, nous craindrions que sous l'influence du drap mouillé, ainsi que par la répercussion subite produite par le bain froid, le principe rhumastimal ne quittât les articulations pour se porter rapidement ou sur les plèvres, ou sur le péricarde, ou sur la substance musculaire du cœur, ou sur les méninges, et ne déterminât ainsi le développement de maladies toujours graves, sinon mortelles.— Ces appréhensions, nous ne les éprouvons plus quand il s'agit du rhumatisme chronique, et nous concevons facilement alors les avantages qu'on peut retirer de la transpiration excitée dans le maillot de laine; aussi les succès obtenus par l'hydrosupathie sont-ils assez nombreux. Ainsi, nous avons vu chez une dame de Château-Thierry un rhumatisme de l'articulation de l'épaule qui datait d'un an et qui avait déterminé une impossibilité de se servir de tout le membre, céder à un traitement hydrosupathique fait sous la direction de M. le docteur Baldou. M. Louis Fleury a relaté l'observation d'une affection grave du genou, reconnaissait une cause rhumatismale, laquelle a été guérie à Grafenberg. Dans les cas de ce genre les douches sont ajoutées à tous les autres moyens et jouent un grand rôle dans la cure. M. Bonnet vient d'essayer à l'Hôtel-Dieu de Lyon de l'hydrosupathie dans le traitement de la même maladie; nous regrettons que l'espace nous manque; nous eussions analysé les faits qu'il publie, et qui sont tous favorables à la méthode \*.

La goutte n'est sans doute pas une maladie tout à fait identique avec le rhumatisme chronique; mais elle offre avec cette maladie de grandes analogies: aussi, bien des moyens employés heureusement contre le rhumatisme ont-ils été conseillés contre la goutte. D'autres considérations, que nous allons faire valoir, militent en faveur de l'hydrosupathie pour le traitement de cette maladie, rarement mortelle, mais qui empoisonne l'existence des personnes qui en sont atteintes. Ainsi, n'a-t-on pas conseillé le régime contre la goutte? or, l'hydrosupathie a son régime. Cadet de Vaux n'a-t-il pas conseillé l'usage de l'eau chaude dont il faisait boire jusqu'à quarante-huit verres par jour? Nous ne nous rappelons plus le nom de cet autre médecin qui traitait aussi la goutte par l'eau, mais par l'eau froide, et qui en faisait boire de telles quantités qu'on disait de lui qu'il mettait ses malades à la question. Avons-nous besoin de rappeler

(1) Voyez au Répertoire de cette même livraison.

(N. du R.)



combien l'on fait un usage immodéré de l'eau dans les traitements par l'hydrosupathie? Enfin, tous les remèdes conseillés contre la goutte, à l'exception des purgatifs drastiques, si souvent mis en usage, ont pour but d'exciter des sueurs générales et des sueurs locales; c'est un double effet qu'on obtient constamment dans les traitements par l'hydrosupathie. Voilà d'assez nombreux motifs pour qu'on ait essayé de cette méthode dans le traitement de l'arthritisme, et ces essais ont souvent été couronnés de succès. Nous pouvons citer une dame d'une soixantaine d'années que la goutte avait rendue percluse de presque tous ses membres et que nous avons placée dans l'établissement des Thernes : sans doute elle n'est pas entièrement guérie, mais elle a éprouvé dans son état une amélioration notable; ainsi, elle marche avec un béquillon, ce qu'elle ne faisait que difficilement avec deux béquilles, et, ce qui lui était absolument impossible, elle peut monter et descendre un escalier, péniblement toutefois. L'usage des mains est peu amélioré, et toutes les nodosités qui s'y sont lentement développées n'ont été nullement diminuées. Il y a aujourd'hui un an que la malade est en traitement, l'origine de sa maladie remonte à six ans au moins. Cette dame n'a éprouvé aucune de ces crises violentes, et on n'a observé chez elle aucune de ces sécrétions érétées signalées dans les observations de goutte relatées par les hydrosupathes. — Du reste, le traitement de la goutte exige l'application de la méthode dans toute son étendue.

Nous avons à parler maintenant d'un ordre de maladies qui fournissent de nombreux succès à toutes les méthodes de traitement, à toutes les médications possibles, et conséquemment à l'hydrosupathie : nous voulons parler des maladies nerveuses, maladies qu'on guérit par le magnétisme, par l'homœopathie, par les voyages, par le séjour dans toutes les eaux minérales, par l'exercice, par le régime, par la distraction, etc. — Parlons d'abord des névroses des organes de la digestion, de la *gastralgie* et de la *gastro-entéralgie*, affections dont les symptômes si variés peuvent fournir aux faiseurs de monographies un fort beau catalogue de maladies diverses. Pourquoi ne seraient-elles pas guéries par l'hydrosupathie, surtout si ces cures sont faites dans des localités analogues pour la situation pittoresque, pour la pureté de l'air, à Grafsenberg, à Alpbisbrunn? Dans ces névroses, la peau fait généralement mal ses fonctions; l'hydrosupathie, il faut en convenir, réussit parfaitement à les rétablir; l'appétit est capricieux, les digestions se font mal : un régime approprié, d'une grande régularité, beaucoup d'exercice en plein air, suffisent pour changer ces mauvaises conditions. Mais que de maladies n'engendrent pas ce mauvais état des organes digestifs ! la *chlorose* et son effrayant cortège, la *leucorrhée* en tant qu'elle n'est pas symptomatique d'une affection de

l'utérus; le *lumbago* qui souvent ne reconnaît d'autre cause qu'une affection de l'estomac, etc., etc.; Phydrosupathie, en guérissant la maladie principale, doit guérir toutes ces affections. Il paraît que l'hydrosupathie peut être opposée aussi avec avantage à toutes les autres névralgies; ainsi nous avons vu aux Thernes M. L.\* qui a été heureusement débarrassé d'une névralgie faciale; mais il a conservé une sciaticque qui ne paraît même pas avoir été amendée, quoiqu'il ait fait le traitement avec beaucoup d'exactitude et pendant plusieurs mois. Nous avons vu dans le même établissement une dame de la province atteinte d'une névrose d'une nature assez peu déterminée, mais dont les crises sont tellement violentes et douloureuses que lorsqu'elle les éprouve elle remplit la maison de cris débilitants; son état paraît avoir été amélioré par le traitement, puisque ces crises ont été éloignées et sont moins violentes. Pour le traitement de ces diverses névralgies, on doit avoir plus en vue de tonifier la peau que d'exciter des sueurs abondantes. On doit en même temps, à l'aide des bains par affusion, de la douche en pluie, s'efforcer de soustraire du calorique à l'économie, puisqu'il est remarquable combien dans ces maladies on a surtout la sensation d'un feu interne qui circule avec le sang, sans qu'il y ait cependant aucun symptôme fébrile.

La *chorée* est aussi, dit-on, combattue avec avantage par l'hydrosupathie et on a préconisé, il y a longtemps, les bains à 8 ou 9 degrés centigrades pour le traitement de cette maladie, qui, selon Dupuytren, ne résistait jamais au bain froid par immersion ou par surprise. M. Guersant a vu souvent, à l'Hôpital des Enfants, des phlegmasies thoraciques se manifester chez des enfants soumis à ce mode de traitement. Biett a vu un grand nombre de chorées graves se dissiper en huit ou dix jours par le seul emploi des bains d'ondée ou de pluie. — Quant à l'*épilepsie*, cette horrible maladie que dans l'antiquité on considérait comme un fléau envoyé par Dieu, Prienitz n'en entreprend jamais la cure. Le docteur Weiss, qui a fondé un établissement hydrosupathique à Freywaldau, a été plus hardi, et, si on veut l'en croire, le succès a couronné cette tentative!

Nous classerons parmi les maladies du système nerveux la *paralyse*, la considérant comme une lésion du système nerveux, sans nous préoccuper, du reste, de la cause. C'est une maladie que l'hydrosupathie se vante particulièrement de guérir, mais les faits qui sont venus à notre connaissance ne sont pas tous de nature à justifier cette prétention. Ainsi nous connaissons deux malades, l'un atteint d'une paralysie des extrémités inférieures, le second dans un état de paralysie presque générale; tous deux n'ont obtenu qu'une amélioration si faible qu'il est difficile d'en tirer quelque induction favorable en faveur du traitement,

qui a duré huit à dix mois. Cependant M. Baldou nous a communiqué une observation du même genre que la dernière des deux que nous venons de citer, et où il a obtenu, après un traitement de six mois, une amélioration assez notable pour faire croire à la possibilité d'un succès complet s'il avait eu affaire à un malade plus soumis.

Nous avons hâte d'arriver aux maladies de la peau, car c'est évidemment là un ordre d'affections auxquelles l'hydrosupathie doit être le mieux applicable, soit qu'on les considère comme des maladies purement locales, soit qu'on lie leur existence à celle de quelques conditions pathologiques d'organes intérieurs, soit enfin qu'on leur attribue une cause interne, dont l'essence serait inconnue et dont il ne nous serait permis que d'étudier les effets. Dans ces trois hypothèses, une médication qui nettoie la peau, qui l'assouplit, qui la rafraîchit; puis qui, en changeant le mode d'administration, lui donne du ton, rétablit ses fonctions, excite des sueurs critiques plus ou moins abondantes; cette médication doit offrir des avantages incontestables, donner de bons résultats. C'est ce qu'il nous a été facile de constater; c'est ce que nous allons démontrer par l'exposé de faits pris à des sources authentiques et respectables. Hâtons-nous de déclarer que c'est particulièrement dans le traitement des maladies chroniques de la peau qu'il a été fait les applications les plus heureuses de l'hydrosupathie. Ce n'est pas que ses partisans ne veuillent aussi s'en servir pour combattre les exanthèmes aigus... Nous n'y verrions pas, pour notre compte, un grand inconvénient pour certains *erysipèles* peu étendus. Mais est-il donc nécessaire de montrer l'imprudence, le danger qu'il y a d'envelopper d'un drap mouillé, de plonger dans un bain à une basse température les individus atteints de la *rougeole*, de la *miliaire*, de la *varicelle*, de la *variole*, alors qu'à l'existence de ces maladies se lient presque toujours des inflammations des organes intérieurs, qui sont la véritable cause du danger, quand elles sont dangereuses; inflammations que peut augmenter la répercussion (momentanée, je l'admets) que produit l'application du froid sur toute l'étendue de la peau? N'y a-t-il point justement à redouter la perturbation que peut apporter dans l'éruption l'action intempestive du froid quand il s'agit de maladies du traitement desquelles il faut proscrire toute méthode perturbatrice? Nous pourrions cependant peut-être faire quelquefois une exception en faveur de la *scarlatine*, de cet exanthème caractérisé par une élévation si notable de la température de la peau, dont il abolit les fonctions, ce qui détermine l'œdème général qui vient si souvent compliquer la convalescence. Le drap mouillé dans de l'eau très-chaude afin que son refroidissement ne soit pas complet au moment de son application; les lotions répétées sur toute l'étendue du

corps avec une éponge imprégnée d'eau à 20° centigr., ont paru offrir des avantages marqués dans certains cas graves de fièvre scarlatine. Du reste cette méthode n'est pas nouvelle, et il y a plus vingt ans qu'elle a été préconisée par les médecins allemands. Nous nous rappelons même qu'à l'époque où les journaux de médecine firent connaître cette nouvelle méthode il en fut fait une application des plus malheureuses.

Les mêmes dangers n'existent plus pour les maladies chroniques de la peau, et la méthode peut leur être largement appliquée dès qu'on s'est bien rendu compte de ses effets et des indications qu'on veut remplir. Du reste, en général on oppose aux affections dartreuses tous les procédés de la méthode et surtout les procédés sudorifiques, puisqu'il est presque constant que les dartreux ne transpirent jamais. — Exposons maintenant les faits. Nous avons vu chez M. Baldou une jeune dame de la province guérie, après six mois de traitement, d'un *eczema impetiginodes* compliqué d'un peu d'*ecthyma* et qui durait depuis plus de six ans. Cette maladie avait résisté à une foule de médications conseillées par des médecins fort expérimentés, médications qui n'avaient fait que pallier momentanément la maladie, ou que fatiguer beaucoup la malade sans lui procurer aucun soulagement. Ce fait nous rappelle que M. L. Fleury, dans le Mémoire que nous avons déjà cité plusieurs fois, mentionne un cas d'eczema de la face qui, après avoir résisté à presque tous les traitements, fut rapidement guéri par Prienitz. Il a été fait une application moins heureuse de la même méthode dans un cas d'*elephantiasis des Grecs* (*lèpre tuberculeuse*) qui, au dire du malade, n'a été nullement améliorée par un traitement suivi pendant 19 mois sans aucune interruption; et cependant le traitement a procuré de nombreuses crises avec sueurs abondantes et horriblement fétides, mais elles ont été fort fatigantes pour le malade et sans aucun bénéfice pour lui. — Nous extrairons maintenant d'un Rapport adressé par M. Gibert, médecin de l'hospice Saint-Louis, au conseil général des hôpitaux les lignes suivantes : « Quant à la statistique qui m'est demandée par le conseil, je ne puis lui fournir de renseignements précis que sur sept malades, dont deux (*prurigo* et *psoriasis*) ont complètement guéri; deux autres (*ichthyose*) ont paru guéris; mais il y a eu récédive au bout de quelques mois; deux autres (*psoriasis*) ont éprouvé la plus notable amélioration sans arriver à une guérison entière; le septième enfin a dû renoncer au traitement, qui paraissait avoir une influence fâcheuse sur l'état de la poitrine. — Sauf ce dernier cas, on a pu constater chez tous les malades soumis au traitement sous nos yeux (et ils sont au moins au nombre de douze), outre les effets produits sur la peau, une amélioration des plus marquées dans la santé générale. » — M. Devergie, médecin aussi de l'hospice Saint-Louis, a

fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans son service par l'hydrosupathie, dont il a fait l'application dix ou douze fois. La guérison n'a été obtenue que deux fois, dans un cas de *lepra vulgaris* et pour un *prurigo* ; et dans trois autres cas, deux de *psoriasis* et un de *prurigo*, la guérison n'a été que momentanée ; dans quatre cas, deux *psoriasis* et deux *ichthyoses*, le traitement n'a procuré que de l'amélioration.

Parmi les faits que nous veuons d'analyser rapidement, plusieurs nous ont offert des cas d'affections syphilitiques constitutionnelles. C'est donc le moment de faire connaître l'opinion de M. Ricord, qui, consulté par M. Miquel à ce sujet, a répondu en ces termes : « L'hydrosupathie a fait disparaître les syphilides de la peau, mais au bout d'un certain temps l'affection s'est reproduite et il a fallu s'adresser à un autre ordre de moyens. L'hydrosupathie n'a donc dans ces cas aucune action curative et ne pouvait en avoir ; elle n'a eu qu'une action palliative du symptôme cutané. » Il faut reconnaître que plusieurs des faits relatés par M. Devergie sont de nature à confirmer le jugement porté par le chirurgien de l'hospice du Midi. Et cependant la syphilis constitutionnelle est une des affections chroniques que l'hydrosupathie prétend le mieux guérir. Ainsi Bigel dans son *Manuel d'hydrosupathie* s'exprime ainsi à ce sujet : « A Græfenberg, à l'aide du procédé sudorifique énergiquement appliqué, Priemitz guérit la syphilis d'une manière sûre. » Le docteur Wertheim, qui a dirigé les expériences faites à l'hôpital Saint-Louis, a recueilli sur les lieux une opinion favorable à cette opinion. Si la valeur de l'hydrosupathie pour combattre la syphilis constitutionnelle peut bien encore être mise en doute, il existe du moins un phénomène qui prouve son action, c'est la réapparition des symptômes primitifs. Nous le voyons en effet encore signalé dans l'observation qui nous a été communiquée par M. Baldou et qui a été rédigée en vue de prouver l'efficacité de la méthode pour combattre la paralysie : chez ce malade, dont nous avons donné l'histoire très en raccourci, au bout d'un mois environ de traitement, M. Baldou a vu reparaître des symptômes primitifs (blennorrhagie, chancres) et secondaires (syphilides) qui avaient depuis longtemps disparu. Cette action de l'hydrosupathie mérite d'être étudiée attentivement et peut fournir à la pratique médicale quelques données utiles.

L'hydrosupathie a la prétention de guérir aussi les *scrophules*, le *rachitisme*, les *tumeurs blanches* et la *carie des os*!! Ainsi M. L. Fleury cite un cas de tumeur du genou qui, après onze incisions suivies d'autant de trajets fistuleux, fut, après quatre ans de traitements divers, jugée incurable ; au lieu de subir l'amputation, le malade vint à Græfenberg, d'où il partit guéri après un an de séjour. Nous pourrions emprunter des faits semblables ou analogues à Bigel, à

Engel, aux docteurs Fleischman et Butzke, tous faits que nous sommes éloigné de nier ; mais nous attendons, pour leur trouver une valeur incontestable, que des cures du même genre aient été produites sous nos yeux, dans des localités qui ne réunissent pas les merveilleuses conditions hygiéniques qu'on trouve à Gräfenberg. Car on ne doit pas perdre de vue que les maladies scrofuleuses les plus graves cèdent à l'action du temps et surtout à un bon traitement hygiénique. Il n'est pas jusqu'aux affections cancéreuses, auxquelles l'hydrosupathie ne paraisse vouloir s'attaquer ; le peu que nous avons vu de ces essais ne nous a pas paru de nature à engager à les renouveler.

Nous n'avons jusqu'à présent rien dit de l'emploi chirurgical de l'eau froide... C'est que vraiment c'est chose si ancienne, si vulgaire, que nous croyons pouvoir nous dispenser d'y consacrer quelques lignes. Depuis Hippocrate, qui recommandait les affusions d'eau froide dans le cas d'ecchymoses, de contusions, de distensions musculaires, d'épanchements sanguins traumatiques dans les luxations, les entorses, les fractures voisines des articulations, les fractures avec issue des os, dans les cas d'atrophie des membres, ce moyen, disons-nous, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, tout en éprouvant bien des vicissitudes, a toujours été très-employé. Nous en pourrions dire autant pour la médecine vétérinaire.

On l'a vu, l'hydrosupathie a des prétentions nombreuses ; mais la plus grande de toutes, et nous osons le dire, la plus exagérée, c'est celle de se substituer à l'ancienne médecine, c'est celle encore de ne lui rien emprunter, de proscrire tous les moyens qu'elle met en usage, comme dangereux toujours et souvent inefficaces <sup>(1)</sup>. Que l'inventeur de la méthode agisse ainsi, nous le comprenons sans peine ; mais qu'il soit imité par des médecins, c'est chez eux une véritable aberration de l'esprit. Le véritable médecin praticien, celui-là qui veut guérir, emprunte à toutes les opinions, à toutes les méthodes, à tous les systèmes, des moyens de guérir ou du moins de soulager ; et pour notre part, bien loin d'imiter les modernes hydrosupathes, nous conseillerons la méthode de Prienitz chaque fois que nous penserons qu'elle pourra être de quelque utilité, et, selon les circonstances, nous la conseillerons seule ou comme moyen adjuvant. C'est ainsi qu'a souvent fait M. Devergie, qui pense que dans bien des cas l'hydrosupathie pourra préparer la peau à l'usage d'autres moyens, de manière à les rendre plus prompts et plus efficaces dans leurs effets.

(1) Parmi toutes ces proscriptions, celle incontestablement que nous comprenons le moins est celle des bains généraux avec l'eau tiède!

Nous terminerons enfin par quelques mots sur les accidents que peut causer l'hydrosupathie, laquelle ne laisse pas que d'offrir quelques difficultés pour sagement diriger les malades et bien combiner les divers procédés dont elle se compose. Il résulte déjà des faits que nous avons exposés dans cet article, que la première action de l'hydrosupathie sur l'économie est favorable; nous avons presque toujours vu chez les malades soumis à ce traitement la santé générale commencer par s'améliorer. Mais s'il faut longtemps le prolonger, elle fatigue quelquefois, et nous nous rappelons une malade dont la santé générale en a été fortement affectée; elle n'a dû sans doute les avantages qu'elle a retirés plus tard du traitement (c'est le cas d'*eczema impetiginodes* que nous avons cité) qu'à un mois de repos passé à la campagne. Elle a repris ensuite le traitement, mais en y apportant d'assez nombreuses modifications qui le rendaient beaucoup moins fatigant, et en prenant souvent un ou deux jours de repos. — L'immersion dans l'eau froide demande pour les femmes la plus grande surveillance, afin qu'elle n'ait pas lieu au moment de l'apparition des menstrues; nous avons vu une dame que cette manœuvre intempestive avait mise dans un état de suffocation et de syncope fort effrayant; heureusement qu'avec la réaction, qui s'est faite difficilement, les menstrues ont paru. — L'application du froid trop longtemps soutenu dans le traitement des affections du cerveau, surtout chez les très-jeunes enfants, peut déterminer la mort en suspendant l'action de cet organe. — Les irrigations avec l'eau froide dans le traitement de la méningite et de la méningo-céphalite trop longtemps prolongées, surtout avec de l'eau très-froide, peuvent avoir un résultat aussi fâcheux, et nous pourrions citer des faits nombreux à l'appui de cette opinion. — L'eau froide à l'intérieur n'est pas toujours bien supportée, souvent elle produit des vomissements, de la diarrhée: que Prienitz voie encore là des mouvements éritiques favorables, nous le comprenons, il est même possible qu'il ait quelquefois, souvent même, raison; mais dans bien des cas ces évacuations peuvent être fort préjudiciables et être la conséquence de la diminution de vitalité du tube intestinal, condition fâcheuse qui peut être portée au point de résister à toute médication. — Les bains de siège froids, les lavements froids, amènent le développement d'abcès profonds qui ne sont pas du tout critiques, mais qui sont simplement la conséquence de ce refoulement que cause le froid appliqué à la peau. — Enfin, on peut dire que généralement l'action de cette méthode est lente et qu'elle fait souvent longtemps attendre les bons résultats qu'elle promet et qu'elle procure quelquefois.

Maintenant que consciencieusement nous avons cherché à faire la

part de la vérité et de l'exagération en ce qui touche l'hydrosupathie, que devons-nous conclure? Evidemment que cette nouvelle méthode offre une valeur qui est incontestable, et qu'elle peut fournir son contingent d'utilité aux hommes de l'art. Elle a certainement ses inconvénients, ses dangers, comme toute médication réelle; mais mieux étudiée, et surtout étudiée sans prévention d'aucune sorte, elle est de nature à rendre de notables services et elle pourra pendre rang parmi les moyens que l'art de guérir met en usage pour adoucir les maux de l'humanité.

A. LEGRAND.

NOTE SUR L'EMPLOI DE PETITS SÉTONS DANS LE TRAITEMENT DE PLUSIEURS MALADIES,

Par M. DESPORTES, membre de l'Académie de Médecine.

Il y a environ trois ans, en octobre 1839, j'ai fait connaître un moyen simple, facile, à peine douloureux, et cependant efficace, d'évacuer la sérosité des hydropiques, pourvu qu'il y eût œdème ou infiltration sous-cutanée dans quelque partie du corps. Ce moyen consistait dans l'introduction plus ou moins répétée de la pointe d'une aiguille longue et acérée, à travers l'épiderme, en intéressant ensuite plus ou moins le derme, selon le besoin.

Un médecin très-habile, très-recommandable, réclama aussitôt pour lui la priorité de l'idée de ce moyen, montrant deux à trois lignes imprimées, il y avait plusieurs années, dans un de ses ouvrages. Mais comme dans cet ouvrage très-savant, et d'ailleurs très-volumineux, on ne trouve, ainsi que je viens de le dire, que l'énonciation très-stricte, en peu de mots, de cette idée, il semble que moi, qui ai exposé avec une certaine étendue le procédé que j'emploie, les phénomènes qui se manifestent alors et successivement, avec plusieurs remarques ou curieuses ou utiles, enfin les cas où l'on peut et où l'on doit y avoir recours; il me semble, dis-je, que j'ai suffisamment acquis et sur l'idée du moyen, et sur son exécution, et sur toutes les choses qui y ont rapport, une propriété véritable et première.

Je me suis, dans le temps, abstenu de faire une réponse particulière à cette réclamation qui, en fin de compte, ne prenait d'appui que sur le mérite d'une indication bien courte et bien sèche. Je n'en ferai pas toutefois encore aujourd'hui; car si une priorité peut se fonder sur quelques mots, ce que je conteste, ne dois-je pas attendre que le savant médecin dont je parle ait fait connaître s'il entend maintenir sa prio-



rité en présence de M. Finch qui, plusieurs années avant lui, a annoncé la guérison d'une anasarque par l'acupuncture, et puis en ayant sous les yeux cette phrase d'un médecin dont le nom est toujours dans la mémoire de tout le monde : *Neque aut feliciori cum eventu, aut minori discrimine administrantur, me judice, sive paracentesis, sive acupuncture a nonnullis celebratæ, quàm vesicatoria.* (Tractatus de hydropse.) Les médecins qui lisent, connaissent très-bien ce passage, qui peut échapper seulement à ceux qui laborieusement complètent. Je pourrais citer encore.

Quoi qu'il en soit, il est possible que le même sort m'attende en l'occasion actuelle, c'est-à-dire qu'une réclamation surgisse à propos de cette note sur l'emploi de petits sétons, et qu'elle se fonde encore sur quelque publication qui m'aurait échappé. Je n'en aurai aucun regret, je n'envierai en aucune façon l'avantage de m'avoir devancé à celui qui en aura le droit; peut-être même en serai-je satisfait, puisque j'aurai ainsi une preuve que je ne m'égare pas trop dans mes essais. Je rappellerai même tout de suite que les Chinois et les Japonais ne peuvent guère employer qu'un petit seton fort analogue à ceux que je vais recommander, lorsqu'ils en appliquent un sur le globe même de l'œil dans les cas d'hypopion et d'amblyopie (Bontius, Cleyer, Rhyn, Kempfer); que le seton pour le traitement de la fistule lacrymale (Méjean), et celui qui devait être passé, selon Ledran, à travers les fosses nasales après l'ablation de polypes, ont quelque rapport, mais quant à leurs dimensions uniquement, avec les petits sétons dont il s'agit ici. Il en est de même encore du seton qu'on a fait traverser le lobe de l'oreille, ou quelque autre partie de cet organe extérieur (Mauchart, Rivière, etc.). Mais ce n'est pas évidemment de l'emploi d'un petit seton isolé pour les parties dont la forme ou le volume, ou toute autre condition, peut l'exiger, que je veux parler en ce moment. Ai-je donc besoin de le dire?

Il s'est écoulé vingt-cinq ans depuis que j'eus à donner des soins à un homme de quarante-cinq ans pour une inflammation douloureuse du larynx, laquelle affecta promptement une marche chronique, très lente, avec boursoufflement de la membrane muqueuse et œdème du tissu cellulaire sous-muqueux, particulièrement au pourtour de la glotte, plus à gauche qu'à droite, et œdème aussi du tissu cellulaire sous-cutané au-devant du larynx. A la simple vue, en faisant ouvrir largement la bouche, on reconnaissait que le bourrelet au pourtour de la glotte fermait plus ou moins complètement cette ouverture au moment de l'inspiration, et qu'il amenait un danger imminent de suffocation, etc. Les difficultés que j'éprouvai à rétablir la santé du malade à l'aide des moyens de traitement alors en usage, me firent souvent réfléchir sur ce cas opiniâtre,

dans lequel les vésicatoires placés antérieurement sur le cou, et un séton large à la nuque, avaient paru apporter un soulagement, mais très-lent à se manifester. Aussi me vint-il dès lors à la pensée que je pourrais peut-être dans des cas futurs remplacer les vésicatoires, les cautères et le large séton par un exutoire qui exciterait plus vivement que les premiers, et d'une manière différente, la sensibilité des parties très-voisines du larynx, et qui n'aurait pas les inconvénients du dernier, et ne laisserait pas comme lui des cicatrices très-remarquables.

Cet exutoire devait se composer ou de deux, ou même de trois très-petits sétons que j'établirais transversalement de chaque côté du cou, ou d'abord d'un côté, et puis de l'autre côté, selon le besoin. Il devait donc être, cet exécutoire, différent du séton ordinaire qu'on a pratiqué quelquefois au devant du larynx, et à peu près au niveau de l'espace cricothyroïdien, lequel a produit des effets assez bons en un petit nombre de cas, où l'on en avait préalablement passé un à la nuque sans aucun profit.

Généralisant ensuite cette opinion sur cette sorte d'appareil de petits sétons, et ayant fait de cet appareil une certaine expérience qui me prouve qu'il convient dans beaucoup de cas, je propose aujourd'hui de substituer dans divers cas, aux vésicatoires, aux cautères, et aux sétons ordinaires qu'il serait possible d'établir, l'usage de ces petits sétons au nombre de deux, de trois, de quatre, et même de six, divisés en nombre communément égal de chaque côté du siège du mal, ces petits sétons pouvant toujours être passés dans un point très-rapproché du siège de l'affection morbide, ou de quelque nerf qui a des connexions avec ce siège. Deux ou trois petits sétons placés à une petite distance, près l'un de l'autre, déterminent, ou le comprend, une irritation assez vive, qui diffère de l'irritation d'un large séton, et qui peut ainsi avoir un effet très-bon dans certains cas.

Pour opérer l'insertion d'un petit séton, peu importe en quelque sorte de quel instrument on fera usage. Je ne rappellerai pas celui qui a servi autrefois à établir un séton à travers le lobe de l'oreille (Mauchart, 1742). Il suffira d'avertir que j'ai employé souvent, pour diviser le pli de la peau, une aiguille ronde, ordinaire, mais un peu grosse et longue de 6 à 8 centimètres et même plus; ou une aiguille de même dimension que la précédente, mais plate et un peu courbe; et aussi, mais mieux, une aiguille à séton, dont toutes les dimensions sont fort amoindries, de manière qu'elle n'a pas plus de volume et de longueur que l'aiguille ronde et commune dont j'ai parlé d'abord.

Quelle que soit l'aiguille, elle porte une mèche petite et composée de deux à plusieurs fils non tors, plats, mous, rarement de soie ou de chan-

vre, et le plus souvent de coton. Je n'ai jamais employé un fil de plomb, et probablement ai-je eu tort.

L'opération se pratique comme à l'ordinaire, en embrassant dans le pli de la peau une portion de cet organe proportionnée à l'étendue en longueur qu'on veut donner au sêton, et avec facilité, ou avec un peu de peine, selon les conditions d'adhérence et d'épaisseur dans lesquelles se trouve la peau que l'on a à percer.

Il devient nécessaire, chez le plus grand nombre des malades, de passer ainsi au moins deux petits sêtons, et souvent trois, l'un à côté de l'autre. Alors, l'espace qui sépare chacun d'eux de son voisin doit être d'environ 3 centimètres autant que possible, ou un peu moins, ou un peu plus, selon la partie. En voici la raison. C'est que, si on les rapproche davantage, l'inflammation de chacun d'eux peut s'étendre et gagner celle de son voisin, d'où il résulte que les parties deviennent très-douloureuses, et que dans leur épaisseur il peut se former un ou plusieurs petits foyers purulents, accident qui enlève à cette sorte d'appareil de petits sêtons quelque chose de ses avantages bien réels.

Je n'ai pas de motif très-puissant à présenter pour justifier la préférence que je donne à l'établissement de ces petits sêtons en travers, mais un peu obliquement, lorsqu'ils doivent être placés au devant du cou, au lieu de les passer selon la longueur du cou. Cette disposition paraît plus favorable, en ce que l'introduction de l'instrument dans cette direction transversale semble exposer moins à intéresser quelque partie, une veine, par exemple, qu'il est bon de ménager; et en ce que les pansements sont assurément plus faciles que si le sêton s'étendait de dessous le menton au bas du cou, remarque qui est depuis bien longtemps dans la science.

Il faut les établir également en travers sur la joue, au-dessus du sourcil, dans le lobe de l'oreille, derrière l'oreille, à la tempe, à la joue, à la région pubienne, sur l'épine dorsale et lombaire, à la région épigastrique, etc., etc.; mais préférer quelquefois de les poser en long aux tempes, derrière les oreilles, dans le sens du trajet d'un nerf, de la moëlle de l'épine, etc., etc.

Partout où peuvent être introduits de petits sêtons, le pansement en est en général sans difficulté. Il faut tirer doucement sur la mèche pour la faire glisser, sans la rompre, sans amener de déchirement de la peau. S'il se montre des bourgeons charnus, comme ils sont petits, on les morigène par les remèdes ordinaires avec nulle peine. En général tous ces pansements n'existent pas, ou fort peu de douleur.

Si la douleur de la maladie pour laquelle ont été placés de petits sêtons persiste ou s'avive, on peut très-bien faire pénétrer dans la

plaie des sétons un quart, un demi-grain d'extrait aqueux d'opium, ou un ou plusieurs grains de la même substance, ou bien une dose convenable d'acétate de morphine, etc.

Veut-on fermer les sétons, ai-je besoin de le dire, on retire la mèche, et la guérison de la plaie ne tarde pas à avoir lieu, en ne laissant le plus souvent aux deux ouvertures qu'une cicatrice petite, plate ou proéminente, blanchée, peu visible, jamais difforme.

J'ai employé de petits sétons, pour la première fois, contre une inflammation chronique de la membrane muqueuse du larynx, avec douleur, avec aphonie, avec une toux convulsive et par quintes, et suivie le plus souvent de l'éjection brusque d'une matière visqueuse, purulente, fétide, tachée d'un sang altéré. Il y avait dans ce cas une fièvre lente. Le malade, qui était un acteur de l'un des petits théâtres, a guéri. Le même emploi de petits sétons a été fait chez un erieur dans les rues et chez deux artisans qui travaillaient dans un rez-de-chaussée bas, humide, froid, et situé dans une rue étroite et fort vilaine. L'un d'eux a guéri, mais les autres ont abandonné le traitement, plus à raison de sa longueur que par son inconvénient.

J'ai eu recours à de petits sétons derrière l'une et l'autre oreille, au nombre de deux et aussi de trois d'un côté, 1<sup>o</sup> pour une surdité à gauche, avec un écoulement très-fétide par l'oreille, chez deux individus adultes et scrofuleux; l'écoulement a cessé, mais la surdité a semblé seulement être rendue moins grande.

2<sup>o</sup> Pour une ophthalmie chronique, passant de l'un à l'autre oeil, compromettant un point de la circonférence de la cornée transparente à gauche, chez un jeune garçon scrofuleux, et qui était tapissier de profession. Il a guéri, mais les yeux sont restés longtemps faibles, peut-être par l'extrême inconduite du sujet.

3<sup>o</sup> Dans un cas d'iritis, et dans deux cas d'amaurose, tenant l'une et l'autre à des causes diverses, le remède a eu des avantages d'abord incontestables, et plus tard il a été discontinué sans guérison des amauroses, qui ont également résisté à tout autre traitement.

De petits sétons, au nombre de trois, ont été opposés à l'accroissement de quelques tumeurs sous-cutanées, mobiles, de forme variée, mal circonscrites, indolentes ou produisant seulement des tiraillements incommodes, sans dureté marquée, de nature différente probablement, et existant toutes chez des individus pourvus d'un tissu cellulaire abondant, gras ou lymphatiques. Un traitement doux et simple a toujours précédé l'usage des sétons; et le succès de ces derniers a été balancé par autant d'insuccès; ainsi une fois la tumeur s'est fondue très-bien; une autre fois elle a été le siège d'un abcès qui s'est formé lentement, peut-

être par faute encore d'expérience de ma part, et elle a cependant guéri, mais par la foute purulente probablement; une autre est devenue adhérente et douloureuse, ce qui a fait retirer le séton; une autre a pris un accroissement rapide, inflammatoire, et a cédé alors à un traitement purement antiphlogistique; une autre est restée sans aucun changement d'état, près de deux petits sétons continués plus de deux mois. Néanmoins, je crois ce remède convenable dans la plupart des affections de ce genre. Je l'ai proposé, il y a deux ans, pour un engorgement mobile sous la peau, au cou, et puis qui avait remonté sur la joue au-devant de l'os maxillaire inférieur et du muscle masseter. Cet avis ne fut pas suivi, et cela fort heureusement peut-être pour la réputation du remède. En effet, cet engorgement ayant pris depuis ce temps un aspect de nature affligeante, on eût certainement attribué une pareille dégénérescence de la tumeur au remède employé, c'est-à-dire aux petits sétons, si on en eût passé au cou. Toutefois, qui pourrait assurer que, dans ce cas fâcheux, l'emploi de ces sétons n'eût pu au contraire modifier avantageusement la maladie?

Si certains ozènes, comme j'en ai soigné autrefois, venaient à se présenter à mon observation, j'hésiterais peu à proposer un petit séton de chaque côté du nez, ou deux d'un seul côté. Je ferais de même pour certaines inflammations chroniques opiniâtres, soit de la conjonctive, soit de plusieurs autres parties de l'œil, en proposant deux petits sétons au-dessus du sourcil, ou à la tempe, ou près de l'oreille. J'ai du regret au sujet des cas où j'ai été refusé, car je ne puis douter que les sétons ne produisent de meilleurs effets que les vésicatoires, ne fût-ce que parce que ces derniers sont le plus souvent mal entretenus.

J'ai pu employer deux petits sétons sur le côté externe du mollet gauche d'un cordonnier, homme robuste, mais très-irritable, pour une névralgie sciatique qui se terminait à ce point. Il y a eu une amélioration marquée; mais le remède était supporté impatiemment, parce que les mouvements du membre excitaient dans les sétons une douleur, et entretenaient aux environs une enflure médiocre, deux accidents qui inquiétaient le malade, et le gênaient dans son travail. Les sétons furent retirés.

J'ai voulu avoir recours au même moyen contre d'autres névralgies, contre des névralgies de la portion dure de la septième paire de nerfs surtout. Jamais le traitement n'a été complet, quand il a été commencé. C'est probablement dans ces cas que j'aurais dû me servir d'un fil de plomb, ce qui aurait permis de supprimer tout appareil de pansement, chose qui importune à l'excès les malades. Il serait possible aussi de remplacer peut-être le fil de plomb par une lanière très-fine de cuir qui pourrait durer quinze jours.

J'ai cherché et je chercherai encore à faire usage de l'appareil de deux à trois petits sétons dans plusieurs affections chroniques de l'organe encéphalique et rachidien, avec ou sans paralysie, indolentes ou douloureuses, et produisant des troubles fonctionnels d'un ou de plusieurs organes des sens, du pharynx, du larynx, ou de quelque membre, comme en outre dans quelques hémicrânes, quelques danses-de-saint-Guy, quelques épilepsies, etc. (1) Les sétons devraient être placés dans les points qui sembleraient les plus convenables autour de la base du crâne. J'ai toute raison de croire que plusieurs de ces cas seraient, par ce moyen, améliorés ou guéris. Mais le mot séton effraye le public, surtout celui qui a de la fortune ; et parler de plusieurs sétons, quelque petits qu'ils soient, c'est bien pis encore !

Au reste, les refus fréquents soit de faire ce remède, soit d'en prolonger l'usage jusqu'à la guérison, que j'ai éprouvés, et la critique dédaigneuse que pourront en faire certains gens de l'art, auront probablement pour cause, entre autres, la circonspection, inusitée en ce temps-ci, avec laquelle je propose l'appareil de petits sétons et aux malades, et aux hommes qui se chargent de les guérir. Quoi qu'il en puisse être, cette circonspection sera conservée ici, bien que, je le répète, j'aie rencontré beaucoup de personnes qui se sont montrées plus touchées des inconvénients du remède que la raison ne le prescrivait certainement, et bien que je puisse faire courir le risque à l'appareil de petits sétons de n'être pas apprécié avec justesse par plusieurs médecins, et avec justice par quelques autres.

Les inconvénients de l'appareil de petits sétons sont la nécessité de deux ou plusieurs opérations minimes à supporter ; une douleur faible pour l'ordinaire, plus ou moins persistante, et quelquefois, mais rarement vive ; les désagréments de conserver sur soi, lorsqu'on peut très-bien vaquer à ses affaires, toutes les choses que comporte le pansement ; plus tard, une enflure ou infiltration dans le voisinage des sétons, avec une gêne, mais toujours faible, dans les mouvements de la partie. Il faut, encore une fois, remarquer que plusieurs de ces inconvénients ne sont que passagers.

Les avantages du remède au contraire, et ils ne me semblent pas douteux le moins du monde, consistent d'abord à ne pas obliger le malade de discontinuer ses occupations habituelles ; à exciter d'une manière

(1) Il n'est pas parlé dans cet article de l'emploi remarquable qu'a fait du séton M. le docteur Espezel (*Bulletin de Thérap.*, avril 1843), pour guérir certaines tumeurs enkystées des articulations. M. Desportes n'a eu nullement l'idée de cette application thérapeutique de l'appareil de petits sétons.

particulière, très-près de l'organe profond et souffrant, la sensibilité des parties superficielles que lèsent les sétons ; à amener là temporairement une irritation inflammatoire et une suppuration plus ou moins abondante. A l'aide de ce double effet, l'appareil de petits sétons produit un troisième effet, qui est révulsif, fondant ou résolutif. Enfin ce remède a évidemment la puissance de concourir à la guérison, et même seul de guérir.

E. H. DESPORTES.

DE L'EMPLOI DU SULFURE DE POTASSE LIQUIDE DANS LE TRAITEMENT  
EXTERNE DE QUELQUES ESPÈCES DE VARUS (ACNÉ SYCOSIS DE WILLAN).

La ténacité constante des affections vareuses et leur résistance trop fréquente à tous les efforts du thérapeute, sont des faits connus de tout le monde et auxquels la science ne peut malheureusement opposer aucune objection fondée sur des observations contradictoires.

La cause première et principale de cette opiniâtreté tient, sans contredit, au siège même de l'éruption ; tous les dermatologistes sont aujourd'hui d'accord pour le placer dans les *follicules sébacés* et *pili-fères* : or, chacun sait que ces dépressions dermoïdes ne possèdent qu'une vitalité fort restreinte, et n'entretiennent avec les tissus voisins que de rares et obscures sympathies ; leurs fonctions se bornent à sécréter l'humeur grasse et onctueuse qui lubrifie la surface du corps, et la lenteur avec laquelle progressent les phénomènes pathologiques dans leurs diverses altérations est une nouvelle preuve de leur espèce d'isolement dans l'organisme.

Emprisons-nous, toutefois, d'ajouter que cet isolement est loin d'être complet, puisque nous voyons souvent ces organes subir diverses influences morbides dont la plus fréquente est l'inflammation ; selon que celle-ci est aiguë ou chronique, générale ou partielle, avec ou sans altération de sécrétion, on observe les différentes espèces de varus signalées par Alibert, et dont M. Dauvergne de Valensolles a, dans le précédent numéro de ce journal, fait ressortir quelques-uns des principaux caractères. Parmi ces espèces, les unes semblent liées avec la jeunesse et la puberté, époques de turgescence vitale, et disparaissent souvent d'elles-mêmes, après une durée plus ou moins longue, sans avoir causé d'autres désagréments qu'un peu de cuisson ou une démangeaison supportable ; tels, le varus miliaire ou frontal, le varus orgeaté, le varus disséminé. L'espèce dite *sébacée* constitue bien plutôt un désagrément physique qu'une maladie : mais il n'en est plus de même du

varus goutte-rose (acné rosacea), et du varus mentagre (sycosis menti). Ces deux affections altèrent souvent d'une manière profonde la physionomie ; elles sont constamment accompagnées d'une inflammation plus vive, laquelle pénètre, dans certains cas, jusqu'aux couches les plus profondes du derme ; elles peuvent entraîner, chez les sujets irritables, des troubles sympathiques plus ou moins sérieux, et leur extrême opiniâtreté les rend également redoutables au malade et au praticien.

La *couperose*, commune surtout chez la femme et chez les individus qui abusent des alcooliques, étend fort souvent ses rougeurs pustuleuses sur la plus grande partie du visage, et la *mentagre* trouve dans la proximité des bulbes pilifères de l'homme de nouveaux éléments propres à favoriser son extension et ses ravages. Quelles que soient, du reste, l'espèce et l'étendue du mal, sa marche se montre lente et graduée.

Longtemps, pour la couperose, on peut ne rencontrer que quelques rougeurs éparses, d'abord fugaces, puis persistantes et disséminées sur le nez, les joues, le front ; de même que dans la *mentagre*, un petit nombre de tubercules pustuleux, parfois un ou deux, sont, pendant des mois entiers, l'unique début de la maladie. Mais, avec le temps, et surtout si la cause morbide continue d'exercer son influence, les lésions se multiplient et l'affection varueuse se montre dans tout son jour. De là, nécessité indispensable d'une médication, laquelle, dans notre opinion, serait certainement couronnée de succès plus nombreux si les malades tardaient moins à réclamer les secours de l'art. Le caractère chronique des deux affections (couperose et mentagre) qui sont particulièrement le sujet de cette note, ou le peu d'irritabilité des organes qu'elles envahissent, expliquent la nécessité dans laquelle on est généralement de choisir parmi les excitants les moyens de traitements externes sur lesquels il est le plus permis de compter : dans ce cas, on emploie une véritable *méthode substitutive*. Ce n'est pas que je repousse comme absolument inutiles les antiphlogistiques généraux et locaux ; car employés à temps et avec méthode, ils ont presque toujours pour résultats précieux d'éteindre la phlogose par *extension* et de ramener le varus à son état d'isolement et de simplicité ; mais je reconnais qu'ils sont entièrement impuissants pour détruire le varus lui-même : c'est dans son siège primitif qu'il faut l'attaquer ; c'est par conséquent sur le follicule qu'il faut porter le médicament.

Le caractère de cette note ne nous permet pas d'énumérer ici les nombreuses substances qu'on a tour à tour préconisées dans le traitement des différentes espèces de varus : je ne mets pas en doute l'efficacité des solutions de sulfate de fer et de la poudre ferro-charbonneuse proposées par M. Dauvergne ; j'accorde d'autant plus volontiers toute ma



confiance à cet honorable confrère, qu'il m'a été facile d'apprécier l'excellence de ses vues médicales et son rare talent d'observation, pendant mon internat dans le service d'Alibert, auquel il était lui-même attaché comme élève externe.

Mais le mode de traitement qui m'a le mieux réussi, et que j'emploie pour ainsi dire exclusivement depuis un certain nombre d'années, est le suivant : je fais toucher matin et soir, soit l'orifice dilaté du follicule malade, soit le sommet du bouton vareux, avec la pointe d'un pinceau à miniature suffisamment imbibée d'une solution concentrée de *sulfure de potasse*. Le contact du médicament doit être maintenu pendant quinze à vingt secondes : il en résulte dans la partie malade un sentiment de cuisson assez vif lorsque la liqueur a dû être simultanément appliquée sur un grand nombre de points. Toutefois, comme la douleur n'est point au-dessus de la sensibilité la plus ordinaire, et qu'elle est généralement de courte durée, je donne le conseil de la supporter pendant un quart d'heure, et de n'employer qu'après ce laps de temps les lotions ou les topiques adoucissants, toujours utiles contre l'inflammation des parties avoisinant le follicule enflammé ou dégénéré.

Rien de plus simple et de plus facile à appliquer que cette méthode de traitement ; elle nous a toujours paru préférable à tout autre moyen, surtout à l'emploi des corps gras, dont le principal inconvénient, selon nous, est de former à la surface du derme une couche plastique qui s'oppose à la libre sortie et expansion des produits sébacés dont la surabondance est bien souvent le caractère prédominant de l'affection vareuse. Mais pour être efficace, notre procédé demande à être employé au moins une fois dans les vingt-quatre heures, et continué longtemps et sans interruption : nous préférons le soir pour cette application, afin que le repos de la nuit procure au malade toute l'amélioration qu'il doit espérer de son traitement.

Ce moyen nous a complètement réussi dans plusieurs cas de coupe-rose et de mentagre fort anciens, et contre lesquels avaient déjà échoué des essais de traitement nombreux et variés ; le mode d'influence qu'il exerce nous paraît, du reste, facile à apprécier. On sait combien les sulfureux sont utiles dans une foule d'affections cutanées, parmi lesquelles figurent les différentes espèces de varus ; mais employée de cette manière, la solution sulfureuse, en outre d'une action *sui generis*, et jusqu'à un certain point spécifique, jouit d'une propriété stimulante fort énergique, et c'est principalement à cette dernière faculté que nous attribuons la résolution souvent rapide de l'inflammation vareuse dans les cas où le follicule n'est qu'irrité, à moins que l'atrophie de cette glandule cutanée, ou qu'une distension trop prolongée de son tissu, ou

un état de véritable dégénérescence s'oppose à son retour à l'état normal.

Maintenant, pouvons-nous donner comme suffisant, dans tous les cas, ce mode de traitement purement extérieur ? non, certainement : nous pensons qu'il suffira bien souvent d'y recourir dans les cas de varus récent et de caute externe, lors même qu'il s'agirait de couperose et de mentagre, pour obtenir une guérison complète et durable ; mais ces deux dernières espèces de varus se trouvent souvent liées à des conditions organiques particulières qu'il n'est pas toujours facile de faire disparaître ; souvent aussi, à une diathèse virulente, parfois de nature syphilitique, mais le plus souvent dartreuse : il ne suffit plus, alors, de combattre le produit morbide, il faut encore attaquer le principe même de la maladie, sans la destruction duquel on aura toujours à craindre la récidence.

Ici, une méthode générale de traitement devient indispensable : elle doit nécessairement varier en raison du caractère de la maladie et des différentes conditions d'âge, de sexe, de tempérament, etc. Vouloir refuser à cette médication le titre de *dépurative*, c'est jouer sur les mots, et refuser une interprétation logique et sanctionnée par les faits. Nous avons fait connaître, dans notre *Traité complet des gourmes chez les enfants* (décembre 1842), ce qu'il était rationnel d'entendre par dépurations et dépuratifs.

Voici les préparations qu'à ce titre nous employons depuis nombre d'années déjà, comme base de notre traitement anti-dartreux ou dépuratif.

*Sirop anti-herpétique, n° 1.*

Prenez	Iodure de fer.....	4 grammes.
	Petite centauree.....	32 grammes.
	Fumeterre.....	32 grammes.
	Douce-amère.....	32 grammes
pour 125 grammes de décoction.		
	Rhubarbe.....	32 grammes.
pour 64 grammes de décoction.		
	Sirop de sucre.....	q. s.
pour 500 grammes de sirop.		

La dose est de 2 à 6 cuillerées par jour.

*Sirop anti-herpétique, n° 2.*

Prenez	Iodure de fer.....	8 grammes.
--------	--------------------	------------

Aloës suceotrin.....	1 gram. 50 centig.
Daphné mezereum .....	2 gram.
Salsepareille. ....	32 gram.
Sel végétal.....	32 gram.
Sirop de sucre .....	q. s.

pour compléter 500 gram. de sirop.

La dose est de 1 à 4 cuillerées par jour.

*Bols dépuratifs, n° 1.*

Prenez Sulfure de fer .....	3 gram.
Poudre de rhubarbe .....	10 gram.
Sirop de fumeterre.....	q. s.

pour 100 bols égaux et argentés.

La dose est de 2 à 6 par jour.

*Bols dépuratifs, n° 2.*

Prenez Sulfure de fer .....	5 gram.
Aloës suceotrin.....	2 gram. 50 cent.
Rhubarbe et quinquina, ana.....	8 gram.
Sirop de miel .....	q. s.

pour 100 bols égaux et argentés.

La dose est de 1 à 4 par jour.

Toutes les doses que nous venons d'indiquer sont pour les adultes. Il faudrait les diminuer pour les enfants, dans la proportion de leur âge. Nous n'avons pas besoin d'insister auprès des praticiens pour leur prouver les avantages d'un traitement intérieur. Dans une foule de maladies de la peau, le traitement local seul est insuffisant.

DUCHÈNE-DUPARC.

---

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

---

### MÉMOIRE SUR LE GONFLEMENT CHRONIQUE DES AMYGDALES CHEZ LES ENFANTS,

Par M. Alph. RONNAT, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien  
de l'hôpital Beaujon.

Le gonflement chronique des amygdales, depuis longtemps connu

chez les adultes, n'a point encore été convenablement étudié chez les très-jeunes enfants. Cependant il est digne de tout l'intérêt des praticiens, par la nature spéciale des causes qui le déterminent, par sa physionomie propre, et surtout par le nombre et la gravité des lésions dont il s'accompagne. Dans ce travail, je vais réunir ce que m'ont démontré des faits en grand nombre, observés depuis longtemps et avec soin. Je ne prétends point résoudre entièrement toutes les questions que soulève l'étude de cette maladie, mais j'aurai atteint mon but si je les signale à l'attention des observateurs, et si mes efforts peuvent provoquer de leur part des travaux plus complets que le mien.

*Caractères anatomiques et symptômes.* — Cette affection a pour caractères anatomiques un gonflement des deux tonsilles. Jamais je ne l'ai vue affecter un de ces deux organes isolément. Presque toujours, quand le mal est assez grave pour éveiller la sollicitude des parents, ce gonflement s'étend en haut jusqu'au voile du palais refoulé et devenu presque horizontal, en bas, jusqu'à la base de la langue : en dedans, il proémine au point de s'avancer jusqu'à la luette qu'il touche, ne laissant alors entre les deux tonsilles qu'un espace étroit, espèce de fente destinée au passage de l'air et des aliments.

Les parties malades ne sont le siège d'aucune douleur ; on peut les toucher et les presser impunément ; leur couleur est rougeâtre comme celle des amygdales ; leur consistance m'a souvent paru moins marquée que dans l'état normal. Leur texture est analogue à celle des amygdales hypertrophiées chez l'adulte ; c'est-à-dire qu'au milieu d'un tissu rougeâtre, homogène, friable, sans apparence de fibres, se voient des canaux qui le traversent dans tous les sens et ne sont autre chose que les follicules dilatés formant la base organique de l'amygdale.

Chez l'adulte, cette maladie est en général peu grave ; elle se borne à produire de la gêne dans la déglutition et la phonation ; mais il n'en est pas de même chez les enfants. Placées à l'entrée des voies respiratoires, les amygdales tuméfiées gênent la pénétration de l'air dans les poumons, entravent les fonctions et le développement des organes au voisinage desquels elles sont placées, et déterminent secondairement sur la constitution tout entière un état de faiblesse et de langueur attestant la gêne qui pèse sur l'une des fonctions les plus importantes de l'économie.

1<sup>o</sup> Un des symptômes que j'ai plus d'une fois constatés, est un affaiblissement de l'ouïe. Il est facile d'en expliquer la cause et le mécanisme. L'augmentation de l'amygdale dans le sens vertical a pour effet de refouler en haut les parties latérales du voile du palais et de comprimer l'extrémité gutturale de la trompe d'Eustache, immédiatement placée au-dessus

de lui, derrière le méat inférieur des fosses nasales. Cette compression, il est vrai, ne saurait être portée au point d'oblitérer complètement l'orifice de ce conduit; mais elle y gêne le passage de l'air et suffit pour déterminer une dureté de l'ouïe plus ou moins marquée. A l'âge où se manifeste le gonflement des tonsilles, les enfants sont trop jeunes pour s'apercevoir de cette infirmité et la signaler eux-mêmes; mais les parents observent qu'il faut leur parler à haute voix pour se faire entendre, et que les enfants sont obligés de prêter plus d'attention qu'on ne le fait ordinairement à leur âge. Je n'insisterai pas sur ce qu'il peut y avoir de grave pour l'éducation, à cette imperfection dont est frappé un des sens les plus nécessaires au développement de l'intelligence.

2° Le gonflement des amygdales, en refoulant en haut le voile du palais, gêne ou intercepte entièrement le passage de l'air à travers les fosses nasales et force les enfants à respirer constamment par la bouche. C'est là un des résultats les plus constants de la maladie. Pendant la veille, les enfants ont la bouche sans cesse entr'ouverte; leur physiologie en reçoit quelque chose d'étrange et d'hébété qui, plus d'une fois, m'a suffi pour diagnostiquer l'affection principale. Pendant le sommeil, leur respiration est bruyante, ronflante, et parfois tellement gênée qu'une attitude tant soit peu gênante suffit souvent pour les menacer de suffocation et les réveiller en sursaut. Il s'échappe aussi de leur bouche une mucosité épaisse et fréquemment teinte de sang, dont on trouve les traces sur leurs vêtements et sur leurs oreillers.

3° Un des symptômes fréquemment observés dans cette maladie est une toux fréquente et opiniâtre. Dupuytren l'avait déjà signalée, et il la regardait comme une complication annonçant l'état catarrhal des bronches; mais je ne saurais partager son opinion, et d'après ce que l'auscultation m'a démontré, je regarde ce phénomène comme purement sympathique, au moins pour la plupart des cas. Il n'y a là rien qui doive étonner: chez l'adulte aussi, on voit des phlegmasies bornées à l'arrière-bouche suffire quelquefois pour entretenir de la toux et même simuler des altérations graves des poumons eux-mêmes. L'exemple suivant m'en a paru trop remarquable pour ne pas trouver sa place dans ce travail: Un Brésilien, âgé de vingt-cinq ans, nouvellement arrivé à Paris, eut, pendant l'hiver de 1835, une angine tonsillaire assez intense, qui fut combattue énergiquement par les moyens appropriés. A la suite de ce traitement, la douleur et la difficulté qu'il éprouvait à avaler se dissipèrent presque complètement; mais il conserva de l'inappétence, une petite toux sèche, de légers accès fébriles revenant tous les soirs, et une constipation opiniâtre. Il perdit son embonpoint et ses forces, et tomba dans un profond découragement, se croyant phthisi-

que. Un praticien habile qui lui donnait des soins n'était point rassuré à son égard, bien que l'exploration du thorax ne lui eût fourni que des résultats négatifs. Il garda la chambre, évitant de s'exposer au froid, et se soumit à un régime sévère. Je le vis pour la première fois six semaines après l'invasion de l'angine. Comme il conservait encore un peu de gêne dans la parole et la déglutition, j'examinai l'arrière-bouche et je trouvai l'amygdale gauche rouge et présentant le volume d'un petit œuf de pigeon; la saillie qu'elle formait atteignait la luette. Je partageai d'abord les craintes de mon confrère sur l'état de la poitrine; mais voyant dans cet état local de l'arrière-bouche une complication dont il convenait de se débarrasser, je proposai l'opération et la pratiquai le 20 janvier 1835. A dater de ce moment, tous les symptômes diminuèrent, et dix jours après le malade avait recouvré son appétit, la fièvre et la toux avaient complètement cessé: le rétablissement fut complet et très-rapide.

4° Le gonflement chronique des tonsilles exerce une influence connue et bien constante sur la voix des adultes; chez les enfants, il rend le timbre sourd, peu nasonné, mais guttural et tellement caractéristique, qu'il suffirait à lui seul pour faire reconnaître la maladie.

5° J'ai souvent observé que les enfants affectés depuis leur très-bas âge étaient remarquables par l'exiguité de la face et l'étroitesse du nez. Lorsqu'on examine la cavité buccale, on trouve en outre la voûte palatine très-petite et fortement concave, l'arcade dentaire supérieure à peine suffisante pour loger les dents; celles-ci très-rapprochées, en avant surtout où l'on voit les incisives et les canines chevaucher les unes sur les autres. Frappé de cet état que j'ai toujours vu coïncider avec le gonflement des tonsilles, je devais naturellement me demander s'il ne fallait y voir qu'un accident, une complication de ce dernier, ou si, au contraire, il était sous sa dépendance. Je n'ai pas hésité à adopter la seconde de ces opinions, et voici les considérations qui m'y ont conduit: dans l'économie animale, tout organe dont les fonctions sont abolies, ou même seulement interrompues, cesse de s'accroître et tend à s'atrophier; or, n'est-il pas évident que les fosses nasales qui livrent passage à l'air et font ainsi partie de l'appareil respiratoire doivent subir cette loi s'il existe un obstacle à l'accomplissement de leurs fonctions? De là l'exiguité remarquable de ces cavités chez les enfants dont les amygdales se sont tuméfiées de très-bonne heure, exiguité qui entraîne la petitesse du nez, la profondeur de la voûte palatine et l'étroitesse de l'arcade dentaire supérieure.

6° La plupart des enfants affectés de gonflement des amygdales présentent aussi dans la conformation du thorax des altérations graves sur

lesquelles je vais plus spécialement insister. Dupuytren est le premier qui ait signalé cette coïncidence ; il en parlait souvent dans ses cours, et il y insista dans un Mémoire publié en 1827 sur *la dépression latérale des parois de la poitrine*. Depuis cette époque, elle a été fréquemment observée. M. Coulson, de Londres (*on deformities of the chest and the spine*) l'a constatée sur la plupart des sujets affectés de difformités du thorax, et plus récemment, M. Waren de Boston, dans un travail intéressant sur l'hypertrophie des amygdales (*American journal of medical sciences*, août 1839), dit que sur vingt enfants affectés de cette maladie, onze avaient le thorax plus ou moins déformé.

Or, voici en quoi consiste cette altération : la poitrine, au lieu d'offrir sur ses parties latérales une surface régulière et arrondie, est au contraire déprimée, plane, et même quelquefois concave, comme si, à l'époque où les côtes étaient molles et flexibles, on les avait comprimées d'un côté vers l'autre. Cette dépression est plus prononcée vers le milieu de la hauteur du thorax que près de son sommet ou de sa base. Elle est également plus marquée vers le milieu de la longueur des côtes que près de leurs extrémités. Le redressement des côtes agrandit nécessairement l'étendue de la corde qui soutend ces arcs osseux ; elle éloigne l'une de l'autre leurs deux extrémités, et doit ainsi réagir sur la forme du rachis et du sternum, auxquels ces deux extrémités sont elles-mêmes fixées. Toutefois, la colonne vertébrale, étant composée de pièces solidement articulées entre elles, doit résister beaucoup plus que le sternum et les cartilages costaux, et, toutes choses égales d'ailleurs, offrir des déviations moins considérables. J'ai souvent, en effet, remarqué que sa forme n'était que peu ou point altérée, malgré de graves changements survenus dans les autres pièces osseuses du thorax, et que, sous ce rapport, il y avait une grande différence à établir entre les déformations rachitiques et celles de cause spéciale, dont il est ici question. Les côtes étant ainsi fixées en arrière contre la colonne vertébrale, leur elongation porte surtout ses effets vers leur extrémité antérieure, et tend à projeter en avant les cartilages costaux et le sternum. Le sternum étant peu mobile, à cause de la première côte qui le retient et le fixe en haut, cette propulsion agit d'abord au voisinage des articulations chondro-costales, et vers les côtes moyennes principalement, et il en résulte que les cartilages costaux, au lieu de continuer la courbe régulière des côtes, forment avec elles des angles obtus, saillants en avant, et toujours apparents à travers les muscles grands pectoraux, grêles et peu développés chez les enfants affectés de gonflement des tonsilles. Quant au sternum, ses changements se bornent quelquefois à une voussure peu prononcée en avant et vers son milieu ; mais, dans les cas extrêmes, il

devient le siège d'une déformation très-remarquable, et que j'ai observée, pour la première fois, il y a six ans, sur la fille d'un armateur de Nantes, âgée de trois ans et demi. Chez cet enfant, le gonflement des tonsilles paraissait remonter aux premiers mois de la vie; il était parvenu à un volume énorme, et obstruait presque complètement l'isthme du gosier; la respiration, très-laborieuse, nécessitait presque constamment l'action de tous les muscles inspirateurs; la dépression latérale du thorax était considérable, et, de plus, le sternum présentait à son tiers inférieur un enfoncement d'autant plus remarquable, que la partie moyenne de cet os était fortement déjetée en avant. Depuis cette époque, j'ai plusieurs fois rencontré la même déformation, mais à des degrés variables, et jamais aussi prononcée. Du reste, M. Coulson, de Londres, qui avait observé avant moi cette singulière altération, en a rapporté plusieurs cas, et en a même fait figurer un dans son ouvrage; et M. Waren, de Boston, en a récemment aussi fait connaître plusieurs observations. Il semble difficile, au premier abord, de rattacher cette déformation du sternum à la dépression latérale de la poitrine; cependant, en suivant pas à pas les conséquences de ce premier fait, on peut, je crois, en expliquer rigoureusement le mécanisme. En effet, le sternum, retenu en haut par la première côte, qui conserve toujours sa forme et ses dimensions, éprouve, par l'élongation des côtes moyennes, un mouvement de bascule qui tend à pousser en avant et en haut sa partie moyenne. D'un autre côté, comme son extrémité inférieure est bridée par la ligne blanche et les muscles droits abdominaux qui tendent à l'entraîner en bas, cette extrémité, au lieu de participer à la projection en avant du corps de l'os, se recourbe, au contraire, et se déjette en arrière. Il résulte de là que, loin de présenter une surface plane de haut en bas, comme dans l'état normal, le sternum est enlambé en devant, plus ou moins saillant à sa partie moyenne, et déprimé au-dessous de ses deux tiers supérieurs. Du reste, la déformation du thorax chez les enfants affectés d'hypertrophie des tonsilles, présente des nuances et des variétés nombreuses. En général, elle est en rapport avec le volume des amygdales, et surtout avec l'âge où ce gonflement s'est manifesté. Elle est très-considérable, si le gonflement est congénital, ou s'il est survenu dans les premiers mois qui ont suivi la naissance, à l'époque où la charpente du thorax offrait encore peu de solidité.

Il ne saurait exister d'altération notable dans la conformation du thorax, sans que les viscères importants renfermés dans cette cavité soient eux-mêmes plus ou moins entravés dans leurs fonctions. Aussi remarque-t-on que les enfants chez lesquels existe la dépression latérale seule, ou compliquée de l'excavation du sternum, ont la respiration brève



et accélérée, surtout quand ils font de l'exercice; chez d'autres, on observe des palpitations; chez tous, l'état constant de gêne de la respiration et de la circulation nuit à la nutrition, empêche le développement des forces, et produit un état de pâleur, de maigreur et de faiblesse, qui dénotent le peu d'activité de l'hématose, et l'atteinte portée aux sources même de la vie. Malheur à ces enfants, si, à l'état habituel de dyspnée, vient se joindre une maladie accidentelle des organes respiratoires capable d'en augmenter l'intensité! J'ai donné des soins, l'air dernier, à un enfant de six ans qui a failli périr des suites d'une angine tonsillaire. Dupuytren dit avoir vu un enfant affecté de coqueluche intense éprouver, à chaque crise de toux, une oppression telle, qu'il semblait devoir succomber immédiatement: il succomba en effet dans un de ces accès.

Après avoir fait connaître les déformations du thorax que l'on observe chez les enfants affectés de gonflement chronique des amygdales, je vais déterminer les rapports existants entre ces deux maladies. J'examinerai cette question d'autant plus volontiers, que jusqu'à ce jour elle n'a point encore été résolue, et que même j'ai plusieurs fois entendu des praticiens mettre en doute ces rapports, et regarder la coïncidence des deux maladies comme un fait rare et purement fortuit.

D'abord, il est incontestable que lorsque, chez les enfants, il y a gonflement des tonsilles, souvent aussi le thorax est plus ou moins déformé. Dupuytren, le premier, a depuis longtemps signalé ce fait; divers observateurs l'ont reconnu après lui; et récemment M. Waren, sur quinze cas d'hypertrophie des amygdales observés chez des sujets âgés de moins de douze ans, en a trouvé onze dans lesquels le thorax était mal conformé. Il y a donc lieu de tirer immédiatement cette conclusion, que deux maladies si souvent connexes ne sauraient être étrangères l'une à l'autre. Mais comment s'expliquer le rapport par lequel elles sont liées entre elles? Leur existence est-elle simultanée, et dépend-elle, comme Dupuytren le pensait, d'une cause qui nous est inconnue? (Voyez *Leçons orales*, t. I<sup>er</sup>, p. 184.) Ou bien leur développement n'est-il que successif, l'une d'elles agissant comme cause, et la seconde apparaissant comme effet? Entre ces deux opinions, mon choix n'est pas douteux: je n'hésite pas à regarder le gonflement des tonsilles comme la maladie primitive, fondamentale, et la déformation de la poitrine comme la conséquence de ce gonflement. Voici les raisons sur lesquelles je m'appuie: 1<sup>o</sup> en interrogeant les parents, lorsqu'il s'en est trouvé d'assez intelligents et d'assez attentifs pour avoir pu reconnaître les premiers dérangements survenus dans la santé de leurs enfants, j'ai appris de plusieurs que, dès les premiers mois qui avaient

suiwi la naissance, ils avaient reconnu que la voix était altérée, et que la respiration avait toujours lieu par la bouche; plus tard seulement ils s'étaient aperçus d'un changement dans la conformation du thorax.

2<sup>o</sup> J'ai observé un grand nombre de fois que l'excoision des amygdalles arrêtaît les progrès de la déformation, et quelquefois déjà, ayant été assez heureux pour suivre des enfants opérés depuis plusieurs années, j'ai constaté que cette déformation disparaissait presque complètement.

3<sup>o</sup> Enfin, en réfléchissant au mécanisme de la respiration, il m'est facile de démontrer que tout obstacle à la pénétration libre de l'air dans les poumons, lorsqu'il agit pendant longtemps, et à une époque de la vie où le développement et l'ossification du thorax sont incomplets, doit entraîner dans la forme de celui-ci des modifications plus ou moins profondes. En effet, dans l'état normal, à chaque mouvement d'inspiration, le thorax s'agrandit, un vide tend à se former dans la cavité des plèvres, l'air contenu dans le poumon dilate cet organe; mais à mesure que ce fluide augmente de volume, sa tension diminue, et l'air extérieur se précipite dans les voies aériennes; ainsi, tant que le mouvement d'inspiration a lieu, la pression qu'éprouve un point intérieur du poumon est moindre que la pression atmosphérique. Cette diminution de pression est faible dans les inspirations ordinaires, lorsque l'air extérieur peut s'introduire librement dans le poumon, mais elle peut devenir assez considérable lorsque les muscles inspirateurs se contractent fortement, et que l'air extérieur ne peut entrer que difficilement dans les voies aériennes.

Une expérience très-simple va servir de complément à cette démonstration : que l'on prenne une seringue ayant des parois peu résistantes, et que l'on en tire le piston avec rapidité; si l'ouverture destinée à l'entrée de l'air est très-petite, on verra, à chaque effort de traction exercé sur le piston, les parois de la seringue se déprimer, l'entrée de l'air n'étant pas assez rapide pour remplir le vide qui tend à s'opérer dans celle-ci. Il est donc évident que, chez les individus affectés de gonflement des tussilles, lorsque l'air ne peut pénétrer à travers les fosses nasales, et que les dimensions de l'isthme du gosier sont réduites à celles d'une fente étroite, la pression atmosphérique doit agir sur le thorax à chaque mouvement d'inspiration, et doit tendre à l'affaïsser, surtout dans ses parties latérales qui correspondent aux poumons; si les arcs osseux qui en constituent la charpente sont encore grêles et peu résistants, comme on l'observe dans le très-jeune âge et sur les enfants d'une faible constitution, on concevra que des efforts d'inspiration longtemps et fréquemment répétés doivent avoir pour résultat l'aplatissement des

côtes, et le rétrécissement latéral du thorax. Nous continuerons cette étude et nous nous occuperons du traitement de cette affection dans le prochain numéro.

ROBERT.

DU TRAITEMENT DE LA GRENOUILLETTE PAR LES INJECTIONS IODÉES.

Parmi les méthodes nombreuses de traitement préconisées contre la *grenouillette* ou *ranule*, les injections de liquides irritants n'ont pas joui d'une grande faveur. Soit qu'on les ait employées trop tard, alors que la tumeur avait pris un trop grand développement, soit que les substances injectées n'eussent pas assez d'énergie pour déterminer une inflammation adhésive suffisante, la plupart des chirurgiens y ont renoncé de nos jours pour adopter, les uns l'*incision* avec l'application de la *canule-bouton* de Dupuytren, les autres l'excision, dont la première idée doit être attribuée à La Cerlata ou à Fabrice d'Aquapendente.

Cependant un chirurgien de Salzbourg, cité par Sprengel, réussit dans un cas au moyen d'injections faites avec l'eau-de-vie camphrée ou l'essence de térébenthine. M. Haime, de Tours, ne fut pas moins heureux en obtenant l'adhésion des parois du kyste, et par suite la guérison de la tumeur. Leclerc, cité par M. Velpeau (*Traité de médecine opérat.*, tom. III, page 537), n'avait pas été moins heureux avec le nitrate acide de mercure. Le professeur de la Charité s'étonne qu'on soit resté jusqu'ici sans appliquer aux tumeurs salivaires la ponction et les injections irritantes de l'hydrocèle : tout porte à croire, par exemple, ajoute-t-il (*loc. cit.*), que les injections iodées réussiraient.

Je ne sache pas qu'il ait eu recours à ce moyen depuis l'époque où il en indiquait l'emploi *à priori*.

Tout récemment il s'est présenté dans mon service un cas de *grenouillette simple* datant de trois mois : j'ai fait l'injection iodée, et j'ai réussi à obtenir la guérison en peu de jours ; voici le fait en peu de mots :

Françoise Folland, âgée de 14 ans, née à Saint-Étienne (Loire), exerçant à Lyon la profession de repasseuse, s'aperçut, il y a trois mois, sans cause connue, d'une gêne de la prononciation et de la déglutition ; elle reconnut bientôt que les mouvements de la langue étaient moins faciles, et qu'une petite tumeur faisait saillie au côté droit de sa face inférieure ; cette tumeur était du volume d'une petite amande, d'un rouge violacé, un peu dure, mais dépressible, élastique. — Un médecin

consulté il y a quelques semaines fit appliquer six sangsues à chaque cuisse, sans doute dans le but de favoriser l'apparition des règles. — Plus tard la malade prit un purgatif sans le moindre résultat. — Enfin, elle entra à l'Hôtel-Dieu et fut couchée dans mon service, au n° 67 de la salle Saint-Paul.

Le 20 avril je constatai la présence de la tumeur sublinguale, son volume qui s'était accru, la fluctuation, l'indolence, son siège spécial dans l'épaisseur du repli muqueux sublingual. — Elle avait dévié le frein à gauche, et elle faisait une légère saillie de l'autre côté. L'orifice du conduit de Warthon est visible des deux côtés, il ne paraît pas oblitéré. Je gardai la malade trois jours sans toucher à la tumeur, et à plusieurs reprises je constatai les symptômes déjà indiqués.

Le 24 je procédai à l'opération de la manière suivante, en présence de M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu :

A l'aide d'un petit trocart à hydrocèle, je fis une ponction dans le centre de la tumeur, en ayant le soin de la rendre plus saillante par une pression exercée au-dessous de la mâchoire, sous le plancher buccal. La pointe de l'instrument était dirigée en bas, en dedans et en arrière. J'eus bientôt le sentiment d'une résistance vaincue, je dégageai le trocart en laissant la canule. A l'aide de pressions répétées sur la tumeur, il s'écoula plus d'une cuillerée à café d'un liquide jaunâtre, très-visqueux, et quelques gouttes de sang. Une fois la tumeur vidée, je la palpai de nouveau pour m'assurer qu'elle ne renfermait pas de calculs salivaires, et j'injectai immédiatement, à l'aide d'une petite seringue en étain, 25 grammes environ d'un mélange de teinture d'iode, une partie d'iode sur deux parties d'eau. La tumeur se trouva immédiatement reformée, la muqueuse se soulevait par la pression du liquide, et la malade accusait de la douleur. Craignant de trop distendre la poche et de donner lieu à une extravasation dans la bouche, j'avais fait tenir prêt un verre d'eau fraîche pour étendre la teinture et en atténuer l'action dans le cas où elle se serait écoulée dans la bouche, tout en recommandant à la malade de ne rien avaler. Cette précaution fut superflue, le trocart fut retiré sans le moindre épanchement, et la malade retourna à son lit.

La tumeur se maintint dans le même état les jours qui suivirent l'injection, et sembla plutôt augmenter que diminuer. La malade y ressentait une douleur cuisante, mais le pouls ne s'éleva pas ; il n'y eut point de réaction générale. Le 3 mai, encore un peu de douleur à la pression, légère induration à la peau de la tumeur dont les parois semblent épaissies, et dont le volume a diminué de plus de moitié.

Le 5 mai il existe à peine du gonflement, et une petite dureté encore

un peu sensible à la pression. La malade, en relevant fortement la langue vers la voûte palatine, ne montre plus sur le côté droit du frein cette saillie anormale qui gênait les mouvements nécessaires à la prononciation et à la déglutition ; la plaie du trocart est à peine visible, et tout à fait cicatrisée. — La malade quitte l'hôpital le 5 ; elle reviendra si la tumeur se reproduit.

Rien n'est simple comme l'histoire de ce fait, et je la livre sans réflexion. Peut-être sera-t-elle utile en montrant la régularisation, pour cette classe de tumeurs, d'une méthode opératoire dont les préceptes sont assez mal déterminés, quoique formels et bien établis pour d'autres tumeurs presque analogues. Ce n'est pas autre chose que l'application à la *grenouillette* du traitement de l'*hydrocèle*, et je ne doute pas que les résultats n'en soient aussi heureux et aussi encourageants pour l'avenir. Je désire que mon exemple provoque des tentatives analogues, et j'espère que, dans la grande majorité des cas, une opération fort simple remplacera l'excision, l'emploi de la canule, la cautérisation et tant d'autres moyens tombés heureusement dans l'oubli.

ANT. BOUCHACOURT.

DE L'HÉMATOCÈLE ET DE SON TRAITEMENT PAR LA PONCTION  
ET L'INJECTION IODÉE.

L'hématocèle est une maladie encore peu connue si l'on en juge par le vague des descriptions qu'en donnent la plupart des auteurs. Richerand voulait qu'on réservât ce nom aux tumeurs formées par l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire du scrotum. Heister appelait ainsi la tumeur résultant d'un épanchement de sang dans la tunique vaginale. Enfin, Richter admet une troisième espèce d'hématocèle, formée par l'épanchement du sang dans l'intérieur même de la tunique albuginée.

La première espèce, incomparablement la plus fréquente, l'hématocèle par infiltration, est une véritable ecchymose, facile à reconnaître à la tuméfaction, à l'empâtement et surtout à la coloration violette, marbrée de jaune et de noir, du scrotum. Elle se termine presque toujours par résolution : le traitement se borne à favoriser l'absorption par des applications résolutives ; rarement l'incision du scrotum est rendue nécessaire pour s'opposer à la gangrène ou à la formation d'abcès.

La seconde espèce, celle par épanchement de sang dans la tunique vaginale, à laquelle semblerait devoir être particulièrement réservé le nom d'hématocèle, ne différerait d'après cela de l'hydrocèle que par la

nature du liquide épanché. C'est sur cette affection, mal décrite jusque dans ces derniers temps, que M. Velpeau a le premier fixé l'attention des chirurgiens d'une manière spéciale. Nous ne nous proposons point de tracer ici l'histoire de cette maladie ; nous dirons seulement quelques mots de son traitement.

Jusqu'ici deux opérations lui étaient seules opposées : c'était l'excision ou l'extirpation. C'est ainsi que Dupuytren incisait le scrotum, disséquait la poche le plus loin possible, puis la feulait et en excisait un lambeau. Il formait ainsi une vaste plaie qu'il faisait suppurer, et dont la guérison était souvent longue à obtenir. Boyer voulait, si l'on n'extirpait pas le testicule, qu'on enlevât avec soin toute la poche. A ces deux opérations M. Velpeau en a substitué deux autres, dont la plus grave l'est moins qu'aucune des précédentes : 1° si la tumeur est formée par une matière concrète, assez semblable à de l'étoffe imbibée d'un liquide couleur de café ou de chocolat, il pratique une ou plusieurs incisions selon l'étendue de la tumeur, et panse la plaie, selon le cas, avec une tente ou au moyen d'un séton ; 2° la tumeur est-elle constituée par du liquide, il en fait la ponction à l'aide du trocart, puis il pratique une *injection iodée*.

Ce ne serait pas ici le cas de faire suivre l'injection de la ponction de la tunique vaginale, comme M. Velpeau la pratique souvent depuis six ans, soit dans les cas d'orchite aiguë compliquée d'hydrocèle, soit à la suite de l'opération de l'hydrocèle par injection, afin d'évacuer le liquide sécrété par la séreuse irritée, et d'obtenir une plus prompte guérison.

C'est en quelque sorte le hasard, ou plutôt une incertitude de diagnostic, qui conduisit, il y a plusieurs années déjà, M. Velpeau à l'emploi de l'injection iodée pour le traitement de l'hématocèle. Appelé par un médecin pour opérer un malade d'une *hydrocèle*, il avait tout préparé pour pratiquer l'injection iodée. Au moment d'enfoncer le trocart, trouvant plus de résistance, plus d'empâtement que n'en offre l'hydrocèle ; il songea que la tumeur pouvait bien être constituée par une hématocèle, néanmoins, le médecin auquel il fit part de ses doutes ne les partageant peut-être pas, ou craignant d'effrayer le malade et sa famille en suspendant l'opération, insista pour qu'elle fût pratiquée ainsi qu'il était convenu. La ponction fut donc faite, et il s'écoula du sang liquide et clair ; l'injection iodée fut ensuite pratiquée. Grande fut l'inquiétude de M. Velpeau pendant les premiers jours qui suivirent l'opération ; mais aucun accident ne survint ; la poche se tuméfia comme après l'opération de l'hydrocèle, mais la résolution commença au bout de huit jours, et la guérison eut lieu en trois semaines.

Depuis cette époque, ce professeur a pratiqué nombre de fois l'injection iodée pour des cas semblables; il possède aujourd'hui douze ou quinze observations d'hématocèles constituées par du liquide et guéries par ce moyen. Mais lorsque, outre le liquide, la tumeur contient une certaine quantité de grumeaux que la ponction ne peut pas évacuer, toutes les injections, pensait-il, ne suffiraient pas pour en amener la résorption, et il faudrait alors recourir à l'incision.

Cependant un fait observé récemment à la clinique de la Charité, et à l'occasion duquel M. Velpeau est entré dans les détails qui précèdent, est venu prouver, au grand étonnement de tous, que même dans ce dernier cas l'injection peut encore suffire pour amener seule la guérison. Voici l'observation.

Steiner, Hongrois, âgé de 23 ans, cuisinier, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin-lymphatique, avait toujours joui d'une bonne santé. Il y a un an, il eut une gonorrhée, pour laquelle il entra à l'hôpital du Midi. Il y fut opéré du phimosis par M. Ricord, et sortit guéri au bout de deux mois et demi.

Un mois après, l'écoulement reparut, mais fut enlevé après huit jours par trois doses de cubèbe. Cependant le malade continua à ressentir quelques picotements dans l'urètre, surtout en urinant, et il était obligé de rendre fréquemment l'urine.

Il y a deux mois, sans avoir reçu de coup sur le scrotum, sans aucune cause connue, il s'aperçut qu'il se développait une tumeur au côté gauche des bourses. La tumeur était déjà volumineuse lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu, où le chef du service, sur le point de faire la ponction, s'arrêta, doutant de la réalité de l'hydrocèle, et lui fit appliquer des emplâtres fondants, sous l'influence desquels la tumeur diminua; mais quinze jours après la sortie du malade, elle avait acquis le même volume qu'avant son entrée.

Il se présenta le 3 mars à la clinique de la Charité, et la tumeur présentait alors l'état suivant : elle était piriforme, du volume du poing, dure, égale, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à la pression, manifestement fluctuante vers le pédicule qui était dirigé en haut, dépourvue de transparence à la bougie. — En arrière et en bas, on sent le testicule qui paraît sain ainsi que l'épididyme et le cordon.

Cette tumeur avait des caractères mixtes d'hydrocèle, d'hématocèle ou d'encéphaloïde. M. Velpeau arriva à conclure qu'elle était très-probablement constituée par une hématocèle, et se décida à en faire la ponction comme s'il s'agissait d'une hydrocèle; si le liquide rouge était fluide, abondant, il ferait une injection iodée; si l'y avait des grumeaux, il inciserait. Il s'écoula 125 gram. d'un liquide rougeâtre, séro-sanguino-

lent, dont le jet fut *fréquemment interrompu* ; mais la tunique vaginale ayant paru se vider en grande partie, M. Velpeau prit le parti de faire l'injection, attendu qu'il serait toujours temps, en cas de non-réussite, de pratiquer l'incision.

On injecta donc un mélange d'un tiers de teinture d'iode et deux tiers d'eau. — Deux jours après, le scrotum se tuméfia, devint rouge et douloureux (catapl. émol.). La résolution ne commença qu'au bout de quinze jours, mais elle se fit peu à peu, et aujourd'hui (19 avril) le sujet quitte l'hôpital. Le testicule gauche a encore le double du volume normal, mais depuis longtemps il n'est plus douloureux. Il reste au-devant de lui la preuve matérielle de l'existence de matières autres que du liquide, c'est une petite tumeur assez dure, du volume d'une noisette, parfaitement mobile et insensible à la pression.

L'injection convient donc lors même que l'hématocèle contient des grumeaux : résultat heureux pour la thérapeutique et curieux au point de vue de l'anatomie pathologique, puisqu'il prouve que ces couches friables, brunâtres, plus ou moins épaisses qui doublent la tunique vaginale dans les cas d'hématocèle, que ce magma fibreux qui l'accompagne souvent, disparaissent sous l'influence du travail de résorption que détermine l'eau iodée.

Est-ce à dire que l'injection doive réussir dans tous les cas ? Il est permis d'en douter. Je rappellerai ici l'observation d'un homme qui fut opéré l'année dernière à la clinique chirurgicale de Strasbourg par M. le professeur Sédillot. Ce malade portait depuis plusieurs années une tumeur volumineuse au côté droit du scrotum ; à son entrée à l'hôpital, elle avait le volume des deux poings, était dure, tendue, non transparente, et ne donnait qu'une sensation obscure de fluctuation. M. Sédillot en fit la ponction au moyen du trocart ; il s'écoula 200 grammes environ d'un liquide couleur de café concentré, et il fut facile alors de sentir, en pressant le scrotum, le frémissement hémétique.

M. Sédillot se décida à inciser la poche du kyste, et mit ainsi à nu un magma brunâtre, mou, évidemment formé par la fibrine coagulée. Il s'y trouvait en outre sept à huit kystes parfaitement isolés, de la grosseur d'un noyau de cerise jusqu'à celle d'une noisette, et contenant une sérosité roussâtre. La tunique vaginale, hypertrophiée, était devenue très-dure, cartilagineuse, et avait acquis une épaisseur de 4 à 5 millimètres.

L'habile chirurgien la disséqua dans la plus grande partie de sa surface, et en excisa un segment elliptique. Il y eut de la fièvre pendant deux jours, peu de douleur, pas le moindre accident. Au bout de six semaines, la cicatrisation était à peu près terminée, le scrotum était revenu peu à peu coiffer les bords découverts de la plaie, et le malade sortit de l'hôpital.



Or, sans parler de la dégénérescence de la poche vaginale, contre laquelle toute injection fût sans doute restée impuissante, n'est-il pas bien probable qu'un liquide quelconque n'eût point détruit ces kystes mêlés au magma fibrineux et qu'il avait été impossible de reconnaître, même après la ponction, à travers la poche, au milieu des brides et des fausses membranes qui les entouraient? N'est-il même pas possible de supposer que chez le malade récemment opéré par M. Velpeau, ce petit noyau rénitent, arrondi, roulant sous le doigt, persistant au-devant du testicule, pouvait être formé précisément par un kyste?

Quoi qu'il en soit, ce kyste, si tant est qu'il existât, n'était pas isolé; il était évidemment mêlé à des grumeaux hématiques qui ont été résorbés à la suite de l'injection iodée en même temps qu'elle a déterminé l'adhérence des parois de la poche vaginale. C'est là un progrès véritable qu'a fait la thérapeutique de l'hématocèle, progrès que d'autres exemples de guérison viendront sans doute confirmer.

A. WILLEMEN.

---

## CHIMIE ET PHARMACIE.

---

NOTE SUR UN PROTOIODURE DE MERCURE BASIQUE, ET SUR LA NÉCESSITÉ DE FAIRE SUBIR AU PROTOIODURE DE MERCURE ORDINAIRE DES LAVAGES ALCOOLIQUES, AFIN DE LE DÉBARRASSER DU DEUTOIODURE QU'IL RENFERME CONSTAMMENT.

Depuis le jour où j'ai été conduit, par une expérience chimique, à annoncer que le protoiodure de mercure est beaucoup moins actif que les praticiens ne le supposaient alors, j'ai été plus d'une fois à même de vérifier, par l'observation clinique, la vérité de mes assertions théoriques, au point que je ne crains pas de proclamer aujourd'hui que le protoiodure de mercure pur est tout aussi peu énergique, dans les circonstances ordinaires, que le chlorure mercuriel, qui lui correspond par la composition chimique, c'est-à-dire le calomel. — Ce n'est pas que je n'aie en quelques anomalies d'action médicale de ce composé à enregistrer; au contraire, on m'en a même fait connaître de si remarquables au premier abord, que les personnes qui me les ont signalées étaient certainement très-éloignées de s'attendre à me trouver en mesure de pouvoir en donner une explication satisfaisante; et pourtant toutes ces prétendues anomalies ont bientôt disparu pour eux devant des faits purement chi-

miques d'une évidence certaine : il leur a été facile, en effet, de se convaincre, ou que le protoiodure de mercure avait été prescrit concurremment avec l'iodure de potassium, ou qu'il contenait une proportion très-marquée de deutoiodure. On conçoit dès lors aisément que l'action médicale produite ait été plus grande qu'on ne s'y attendait, puisqu'il est d'observation clinique que le biiodure de mercure est doué d'une énergie à peu près égale à celle du sublimé corrosif lui-même.

La réaction chimique instantanée que les iodures alcalins font éprouver au composé mercuriel qui nous occupe (1) est trop évidente pour qu'il soit nécessaire de s'appesantir un seul instant sur l'inopportunité qu'il y aurait à administrer l'iodure de potassium avant, pendant, ou après l'ingestion du protoiodure de mercure.

Quant au choix d'un protoiodure de mercure chimiquement pur de tout mélange avec du deutoiodure, je ne saurais attirer trop spécialement l'attention des praticiens sur ce point, l'expérience m'ayant démontré que tout le protoiodure neutre que l'on trouve dans les pharmacies renferme constamment une proportion plus ou moins marquée de deutoiodure.

On sait que la meilleure méthode pour obtenir ce composé hydrargyrique est celle de M. Berthemot, adoptée par le *Codex*, laquelle consiste à triturer ensemble, au moyen d'un peu d'alcool, le mereure et l'iode en proportions exactement convenables, pour former du protoiodure; eh bien ! ce procédé est loin de donner un résultat aussi parfait qu'on le pense généralement : l'iodure mercurieux ainsi préparé contient toujours une quantité très-marquée de biiodure, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre à l'aide de l'alcool et de l'hydrogène sulfuré. Toutefois, je ferai remarquer que la quantité de deutoiodure est très-variable : M. Thierry, chef des laboratoires de la pharmacie centrale, en a analysé dernièrement un échantillon qui contenait 9 pour 100 d'iodure mercurique, proportion énorme, mais qui, je dois le dire, ne s'est jamais représentée dans mes investigations à ce sujet.

*Protoiodure de mercure basique.* — Les recherches auxquelles je viens de me livrer m'ont conduit à constater deux variétés réelles de protoiodure de mereure : l'une de ces variétés est d'un jaune verdâtre ; l'autre est d'un vert d'herbe tirant sur le jaune. Ayant tout d'abord soupçonné que la variété offrant la coloration la plus foncée devait être avec excès de mereure, j'ai préparé de l'iodure mercurieux en prenant 100 parties de mereure et 50 parties d'iode, au lieu de 62 parties, qui

(1) Tous les chimistes savent que l'iodure de potassium transforme immédiatement le protoiodure en biiodure et en mereure métallique.

est le nombre proportionnel pour cette quantité de mercure. Le produit obtenu m'a offert tous les caractères extérieurs de l'iodure précité; et l'analyse chimique est venue confirmer les données de la synthèse.

0,150 gr. d'iodure vert foncé traités à chaud par un excès d'iodure de potassium ont donné 0,050 gr. de mercure métallique, c'est-à-dire la moitié de celui que contenait l'iodure analysé : ce qui porte à conclure que ce composé renfermait 100 parties de mercure et 50 parties d'iode, tout comme celui que nous avons préparé dans le but de l'imiter.

L'iodure jaune verdâtre traité de la même manière s'est trouvé contenir une proportion de mercure relativement moindre, et telle qu'elle devait être, en le supposant préparé d'après la formule légale.

Il est donc certain qu'il existe dans les pharmacies deux espèces ou variétés de protoiodure mercuriel; l'un, jaune verdâtre, est du protoiodure neutre; l'autre, d'un vert plus foncé, est de l'iodure de mercure basique renfermant 8 pour 100 de mercure en excès. Or, c'est précisément la variété basique que l'on trouve généralement aujourd'hui dans le commerce de la droguerie chimique et, partant, dans un grand nombre de pharmacies.

Cet iodure, renfermant une proportion de biiodure incomparablement moindre que celui qui est préparé d'après les doses du *Codex*, mériterait certainement de lui être préféré pour l'usage de la médecine, s'il n'était pas possible d'enlever au protoiodure neutre le biiodure qu'il renferme; mais rien n'est heureusement plus facile à faire : il suffit, en effet, de le laver à plusieurs reprises avec de l'alcool chaud, jusqu'à ce que ce dernier ne précipite plus par l'hydrogène sulfuré, pour l'en dépouiller entièrement.

Qu'il me soit donc permis d'engager les praticiens de ne prescrire à l'avenir que du protoiodure parfaitement lavé à l'alcool : sans cette condition, il sera toujours impossible aux thérapeutes d'assigner au protoiodure de mercure la véritable place qu'il doit occuper dans le cadre posologique des composés mercuriels.

L. MIALHE.

#### ENCORE UN MOT SUR LE SAFRAN DE MARS.

Le safran de mars apéritif que l'on rencontre actuellement dans les pharmacies, ai-je dit dernièrement dans ce journal, est tantôt d'un brun jaunâtre clair, tantôt d'un brun rougeâtre foncé : la variété brun jaunâtre est de l'hydrocarbonate de peroxyde de fer; tandis que la va-

riété brun rougeâtre est formée par le mélange, en proportions variables, de carbonate de protoxyde et de peroxyde de fer, et j'ai ajouté que c'est à la variété contenant du protoxyde qu'il convient de s'adresser pour produire le maximum d'action médicale susceptible d'être obtenu avec cet agent thérapeutique.

Depuis la publication de ma note, je me suis expérimentalement assuré qu'il existe une troisième variété de safran de mars, lequel est d'un brun rouge vif. Ce dernier produit est sans contredit le moins efficace de tous ; il est presque complètement constitué par du peroxyde de fer anhydre : ce qui en fait un médicament difficilement accessible à l'action dissolvante des acides du suc gastrique, comme l'est le safran de mars astringent, dont il ne constitue réellement qu'une simple variété.

C'est pourtant à ce safran de mars que beaucoup de pharmaciens donnent la préférence, à cause de sa belle couleur : c'est aussi celui qu'on trouve le plus fréquemment en droguerie. C'est donc à tort que j'ai annoncé dans mon article que le safran de mars des fabricants de produits chimiques appartenait à la variété riche en protoxyde ; car bien qu'ils agissent sur de grandes masses de proto-carbonate de fer, la plupart d'entre eux s'arrangent de manière à lui faire présenter le plus de surface possible à l'air, dans le but de le peroxyder ; après quoi ils le dessèchent sur de vastes plaques de tôle chauffée au moyen de la vapeur d'eau, afin de le déshydrater et de lui faire acquérir la couleur qui devrait précisément le faire rejeter.

L. M.

---

### CORRESPONDANCE MÉDICALE.

---

#### LETTRE SUR LES INOCULATIONS PRATIQUÉES EN 1823 A L'HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. Thierry a publié il y a quelques mois, dans les *Annales de chirurgie*, une lettre sur les inoculations pratiquées en 1823 à l'hôpital des Vénériens de Paris. Ceux à qui appartiennent ces expériences, et je suis de ce nombre, ont le droit de se plaindre de la manière avec laquelle les faits qui les concernent ont été racontés. Puisque M. Thierry voulait se permettre de rendre ces faits publics, son premier devoir était d'être rigoureusement exact.

« Il y a vingt ans, dit M. Thierry à M. Vidal, j'étais élève à l'hôpital des Vénériens ; je vais donc vous dire ce que je sais sur les inoculations qui ont été pratiquées à l'hôpital du Midi. »

Je ne sais si à cette époque M. Thierry appartenait à cet établissement, mais j'affirme qu'il n'a pas été témoin de nos expériences, et que la relation qu'il en a donnée n'est basée que sur les vagues réminiscences de ouï-dire sans autorité.

« Dans ce noble but, et avec un généreux courage, plusieurs élèves en médecine voulurent essayer sur eux l'inoculation de la maladie vénérienne. »

Quel est leur nom, quel fut leur nombre? Ils étaient trois : Baudier (de Paris), Alexandre Colson (de Noyon), tous deux internes de l'hôpital des Vénériens, et François-René Morin (d'Airvault) (Deux-Sèvres), signataire de cette lettre, et alors externe et faisant le service d'interne chez les nourrices et enfants atteints de syphilis.

« Ils pensaient que les antiphlogistiques devaient guérir tous les accidents vénériens primitifs. »

Pour bien connaître le pouvoir curatif des antiphlogistiques sur les accidents primitifs, il suffisait de traiter par leur moyen quelques-uns des nombreux malades qui encombraient les salles des vénériens, de noter les résultats et de conclure : or, c'est là précisément ce que ces élèves avaient fait souvent. Ils savaient donc à quoi s'en tenir à cet égard, et, en s'inoculant, ils ne pouvaient avoir l'intention de parvenir à un but qu'ils avaient déjà atteint. Non, ils avaient des vues moins étroites ; tout en regardant la syphilis comme une maladie contagieuse dont la communication peut produire un certain nombre de symptômes primitifs, ils refusaient d'admettre la syphilis constitutionnelle. En effet, d'une part, des observations répétées leur ayant appris que la maladie primitive guérissait très-bien sans mercure, d'un autre côté, ayant acquis la certitude que l'administration suffisamment prolongée du médicament spécifique donnait presque toujours naissance aux symptômes de l'affection vénérienne constitutionnelle, ils avaient conclu de ces deux ordres de faits, que l'existence de la syphilis primitive seule était bien constatée, et que l'affection constitutionnelle n'était qu'une maladie mercurielle. Avaient-ils tort ou raison ? Je ne discute pas, ce n'est pas le moment, je raconte. Imbus de ces idées, l'inoculation s'offrit à leur esprit comme un moyen sûr,

1° De mettre en évidence la virulence incontestable de la maladie primitive, et la virulence ou la non-virulence de l'affection dite constitutionnelle ;

2° De prouver que l'affection primitive était curable sans mercure ;

3° Que guérie sans mercure, elle ne dégénérait pas en syphilis

constitutionnelle, comme si souvent il advient après le traitement mercuriel.

D'où ils pensaient pouvoir conclure avec quelque probabilité,

4<sup>e</sup> Que la cause de la maladie vénérienne invétérée est, non le virus syphilitique de l'affection primitive, mais le médicament employé pour sa curation.

Je l'ai dit, je ne discute pas : pourtant, je ferai observer que ces propositions, qui ne pèchent seulement que par ce qu'elles ont de trop absolu, sont pleines de vérité, et furent d'une grande hardiesse pour le temps où elles furent conçues.

C'était en effet l'époque où régnaient les dogmes de la toute-puissance du virus, de la nécessité, de l'infaillibilité du mercure ; alors on ne se doutait pas que le mercure pût avoir la plus petite qualité nuisible, et c'était toujours le virus qui causait les ravages produits en réalité par l'agent thérapeutique.

M. Thierry continue :

« Ils auraient cru commettre un crime s'ils avaient fait cette expérience sur d'autres que sur eux-mêmes. »

A ces motifs d'humanité, que je remercie notre confrère d'avoir devinés chez eux, il faut encore ajouter qu'en expérimentant sur eux-mêmes, ils étaient certains de la méthode de traitement qui serait suivie, d'avoir sous les yeux, durant toute leur vie, les sujets de l'expérience, et de pouvoir apprécier les causes des phénomènes morbides consécutifs à l'inoculation, si tant est qu'il dût s'en développer.

« Le premier (sans doute Baudier) s'inocula au bras gauche le pus d'un bubon. Après avoir employé pendant huit mois tous les moyens de traitement pour guérir l'ulcère qui en résulta, après avoir maudit la méthode antiphlogistique, désespéré..., un matin nous l'avons trouvé mort dans son lit. »

Il y a dans ces quatre lignes autant d'erreurs que de mots. Baudier ne s'inocula pas, il fut inoculé par Morin ; non le premier, mais le second ; non avec le pus d'un bubon, mais avec le pus d'un chancre ; il ne se traîna pas huit mois durant, puisqu'il ne survécut que cinquante-sept jours à cette opération expérimentale ; enfin, il n'éprouva pas tous les traitements, car il n'en fit que deux, qui étaient sur le point d'être suivis de guérison quand il se tua, et il n'eut, hélas ! à maudire que sa faiblesse. Voici son histoire.

Colson et Baudier, qui travaillaient ensemble, ayant résolu de s'inoculer le virus vénérien, choisirent dans tout l'hôpital le plus beau chancre qui y existât, pour y puiser le pus nécessaire à leurs expériences.

C'était un ulcère long de vingt à vingt-cinq millimètres, large de douze à quinze, profond de cinq, à fond grisâtre et à bords perpendiculaires; peu enflammé quoique douloureux, il exhalait une suppuration rare et mal liée; on le trouva sur le dos de la verge chez un homme de trente ans, bilieux, sanguin, qui le portait depuis trois semaines. *Le 28 septembre 1823, en ma présence, Baudier ayant recueilli sur ce chancre du pus avec une lancette, l'inocula à Colson* sur le dos et à peu près au milieu de l'avant-bras gauche. C'était le tour de Baudier, il hésita; mais piqué des reproches de Colson, il m'en tendit le bras gauche où je l'inoculai, après avoir trempé de nouveau la pointe de la lancette dans le pus virulent. Colson recouvrit sa piqûre d'un morceau de sparadrap de diachylon; Baudier ne prit aucune précaution; il se flatte peut-être que le frottement des vêtements, en enlevant la matière de l'inoculation, ferait avorter celle-ci. Vain espoir! Vers le 8 octobre, la petite plaie était déjà transformée en ulcération. Alors Baudier, qui avait chancelé au début, s'inquiéta vivement, et commença à devenir triste et à négliger son service. Cependant l'ulcère rongant ses bords, s'élargissait toujours; le 20 octobre il avait un diamètre de huit lignes, et il présentait tous les caractères du chancre vénérien. Les alarmes du malade croissaient comme le mal. Maintenant, incapable de travail, il a quitté l'hôpital et s'est réfugié chez sa mère; il vient nous voir assez rarement, et, à chaque visite, nous remarquons son abattement plus profond, son ennui plus sombre, sa préoccupation plus absorbante. Dans ce temps-là, renonçant à continuer son expérimentation, il prit le parti de se faire traiter et guérir. Dupuytren, à qui il s'adressa, blâma sévèrement sa témérité, lui pronostiqua infailliblement une syphilis constitutionnelle, et lui prescrivit un traitement mercuriel. Je n'ose critiquer la conduite du grand homme: pourtant, si au lieu de paroles dures, si blessantes dans sa bouche, Dupuytren avait désapprouvé avec ménagement l'acte de ce jeune homme, en louant son dévouement; si au lieu d'accroître des erreurs imaginaires par la prévision d'un périlleux avenir, et si par la puissante autorité de son jugement il eût arrêté cet esprit qu'un effroi sans motif emportait au delà des bornes de la raison, je ne sais, mais Baudier peut-être vivrait encore aujourd'hui. Ce fut à cette époque que, voyant notre camarade désertir l'expérience commencée, je résolus de m'inoculer aussi. Ému de pitié d'ailleurs pour un ami si cher, j'espérais que cet acte relèverait son courage abattu, et l'aiderait à porter plus légèrement le poids de son ennui. A l'annonce de cette détermination, le pauvre malade se prit à sourire, il accepta avec de grandes démonstrations de joie cette sorte de sacrifice, et nous conçûmes un moment l'espoir de le sortir de sa tristesse; mais cette grande

joie brilla comme un éclair, passa de même, et notre infortuné compagnon s'enfonça de plus en plus dans une noire mélancolie. Le chancre du bras dévorait incessamment ses bords; les gencives, qui s'étaient tuméfiées après l'usage de quelques doses de deuto-chlorure de mercure, avaient obligé Baudier de cesser l'emploi de ce médicament, auquel il substitua, le 1<sup>er</sup> novembre, des frictions avec l'onguent mercuriel qu'il porta rapidement à la dose de 6 grammes par jour; l'ulcère en reçut une influence avantageuse, la douleur y cessa, le fond commençait à s'élever et les bords à s'affaisser, la suppuration devenait meilleure, et déjà la cicatrisation naissait à sa circonférence; mais ces heureux résultats étaient loin d'avoir sur cet esprit malade les favorables effets qu'ils auraient dû y produire naturellement. De petites ulcérations se développant dans le pharynx et à l'arrière-bouche, redoublèrent l'anxiété de Baudier; bien qu'elles fussent évidemment mercurielles et le pur effet des frictions, il les appela, les crut vénériennes et consécutives; et dès ce moment se regardant comme infecté de vérole invétérée, et comme voué à des douleurs dont le seul terme était la tombe, il prit la fatale résolution de s'y jeter tout de suite pour en finir avec la souffrance. Peut-être aussi que la nouvelle de la destitution de son père, qui était sous-préfet dans le midi de la France, eut quelque influence sur la détermination de Baudier. Quoi qu'il en soit, le 23 novembre il revint à l'hôpital; il se renferma dans sa chambre à cinq heures de l'après-midi, et dans la soirée il s'ouvrit la veine crurale gauche au pli de l'aîne, puis, ne mourant pas assez vite au gré de son désespoir, il s'enfonça un bistouri dans le cœur!

La mort de Baudier nous affligea profondément sans altérer notre courage; on écrivait dans les journaux de médecine et dans les journaux quotidiens que nous étions morts ou mourants pourris de vérole; nous ne répondîmes point, et nous poursuivîmes tranquillement nos expériences. Les ulcères produits par l'inoculation, après une période ascendante de quarante jours, après avoir atteint le diamètre de quatre centimètres chez l'un de nous et un peu plus chez l'autre, décreurent lentement et guérirent en un laps de temps à peu près égal. Durant cette dernière période, ils furent pansés avec du cérat simple ou opiacé, et vers la fin ils furent constamment recouverts avec des bandelettes de diachylon et touchés de temps en temps avec le nitrate d'argent. Mais ni alors ni depuis nous n'avons fait usage de préparations mercurielles ni d'autres antisypilitiques soit à l'intérieur soit à l'extérieur. La cicatrice de nos plaies a la forme elliptique et à peu près l'étendue de l'ulcère; le tissu de la peau, détruit d'outre en outre sur une surface de 40 à 43 millimètres de long et 28 millimètres de large, a été remplacé par



une membrane mince et fine d'une sensibilité obtuse. Cette cicatrice est indolente, et elle ne s'est jamais rouverte. Depuis cette époque, nos santés ont été ce qu'elles promettaient d'être d'après nos constitutions : celle de Colson assez médiocre, la mienne forte et robuste; nous avons éprouvé diverses maladies, supporté de grandes fatigues; mais à travers toutes ces vicissitudes et durant les dix-neuf années écoulées depuis notre guérison, nous n'avons observé sur nous aucun symptôme de syphilis constitutionnelle.

Au reste, nous publierons bientôt nos observations avec détail, et nous y joindrons l'histoire d'une quatrième inoculation volontaire aussi complète et plus probante encore que les nôtres, si nous pouvons obtenir de l'honorable confrère qui fut le sujet de cette belle expérience qu'il nous permette de la faire connaître.

L'on voit que M. Thierry savait très-peu et très-mal les faits d'inoculation qui nous concernent; mais, non content de les défigurer, il nous en refuse le faible honneur et il l'attribue à d'autres.

« Un autre élève, dit-il, après une pareille opération, eut un ulcère à la cuisse. Cet ulcère ne se guérit qu'avec peine; puis il eut des chancre à la gorge. Enfin, un traitement mercuriel guérit notre camarade. Malgré ce traitement, des ulcères vénériens se reproduisirent à la fin de l'année. Désolé, il fut pris d'une maladie qu'on appelait alors gastro-entérite grave..... Il mourut. Il s'appelait *Pasquier*; c'était un brave jeune homme, externe dans le service de Baudier. »

Les premières inoculations pratiquées en 1823 à l'hôpital des Vénériens furent faites le 28 septembre, comme il a été dit plus haut. Or, à cette époque, Pasquier était mort, ou sinon il mourut peu après; il ne fut point inoculé, n'eut point de syphilis consécutive et ne fit point de traitement. Voici en quelques mots l'histoire de ce jeune homme; je la rapporte pour qu'on ne puisse pas attribuer sa mort à des causes qui ne l'ont pas produite. Pasquet ou Pasquier, entré à l'hôpital des Vénériens en 1823, était un bon élève, exact à son service, intelligent, laborieux et modeste; mais il avait un accent limousin qui provoquait à la plaisanterie : Baudier et Colson lui en firent une très-piquante, trop piquante peut-être et dont il se fâcha justement. Il s'emporta en injures auxquelles Baudier eut le tort de répondre par un soufflet. De là un duel. Après l'échange de quelques balles, ni l'un ni l'autre n'ayant été touché, les témoins firent cesser le combat et déclarèrent l'honneur satisfait. Mais le soufflet avait atteint Pasquier au cœur, il était blessé à mort. Après s'être traîné quelques jours sous le poids du sentiment de honte qui l'obsédait, il fut pris de fièvre putride et il mourut. Loin donc d'avoir

succombé à la peur ou à l'impatience de douleurs syphilitiques, il est mort d'avoir porté trop haut le sentiment de l'honneur.

Enfin M. Thierry termine ce qui a rapport à nos inoculations par un paragraphe qui dépasse tout à fait la mesure des erreurs possibles. Le voici en entier :

« Le troisième, et c'était le plus incrédule, était celui qui, malgré ces faits, luttait encore, resta seize ans sans rien éprouver. Seulement, quelques aphthes dans la bouche apparaissaient de temps en temps et s'en allaient avec la plus grande facilité. Il croyait qu'il en serait quitte seulement pour un souvenir de jeunesse. Après un voyage, il fut pris de douleurs très-vives dans le ventre, de tranchées violentes et de démangeaisons sur le cuir chevelu. Il fut traité par plusieurs de ses confrères, sans succès. Appelé auprès de lui, et me rappelant de lointains souvenirs, je reconnus des tumeurs gommeuses sur le cuir chevelu. Un traitement anti-vénérien mercuriel fut fait; les tumeurs disparurent, les douleurs cessèrent; une ulcération se déclara sur le gland; le malade gardait le lit et la chambre depuis plus de deux mois, et par conséquent il n'avait point eu de contact avec une femme impure, et il m'a formellement déclaré que depuis plusieurs mois il ne s'était occupé que de ses souffrances; car il éprouvait d'horribles douleurs pendant la nuit et des sueurs nocturnes. Le traitement l'en débarrassa. »

Celui des trois inoculés qui, après seize ans, a invoqué les secours des talents de M. Thierry n'est sans doute pas Bandier, puisqu'il était mort; ce ne fut pas Colson, que M. Thierry connaît, qui s'en défend énergiquement et qui le dément; mais si ce n'est ni Colson ni Baudier, nécessairement c'est moi ou ce n'est personne. Eh bien! moi, je n'ai pas l'honneur de connaître M. Thierry; je ne lui ai jamais parlé, peut-être même ne l'ai-je jamais vu.

Et comment serait-ce moi, qui n'ai pas quitté mon département pendant dix-huit ans; moi dont la santé n'a jamais été troublée par le plus imperceptible petit symptôme vénérien?

J'ai cru qu'il était de mon devoir de rétablir les faits sur un sujet qui intéresse encore beaucoup plus la science que nos personnes.

MORIN, D.-M.

A Airvault (Deux-Sèvres).

ENCORE UN MOT SUR L'EMPLOI DES FUMIGATIONS DE TABAC  
CONTRE LA GOUTTE.

J'ai lu, dans le dernier numéro de votre journal, une note de M. le docteur Hinard, sur l'efficacité des fumigations de tabac contre la

goutte. Cette note m'a d'autant plus intéressé que, dans les articles que j'ai publiés sur la goutte et le rhumatisme, et insérés dans le *Bulletin de Thérapeutique*, je n'ai point oublié cet excellent moyen, non plus que dans mon ouvrage imprimé l'année suivante (1). Voici ce qu'on lit, tome II<sup>e</sup> du Bulletin, p. 79, « *les fumigations de tabac*. Ce moyen, tout récemment proposé (l'abbé Girod, chanoine de Nozeroy, département du Jura), consiste à exposer la partie malade pendant un quart d'heure environ à des fumigations de tabac jeté peu à peu sur des charbons ardents; fumigations qu'on répète deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, et plusieurs jours de suite. Les observations recueillies jusqu'à présent sont en faveur de ce moyen aussi simple que peu dispendieux. L'inventeur conseille en outre, pour empêcher le retour de la goutte, de faire bouillir, une fois par mois, une once de tabac dans de l'eau, dont on se servira ensuite comme pédiluve. »

Notre confrère a donc grandement raison de dire que ce moyen thérapeutique n'est pas nouveau, que son emploi remonte à une époque très-éloignée, sans contredire bien avant les assertions du bon chanoine Girod. Aussi ma lettre n'a-t-elle point pour but cette futile question de priorité à laquelle on attache parfois tant d'importance. En thérapeutique, l'essentiel est de prouver l'efficacité, le reste n'est que très-secondaire. J'ai voulu seulement, m'unissant d'intention avec M. Hinard, rappeler l'usage extérieur du tabac dans la goutte, dire que de nombreuses observations justifient l'emploi de cette substance dans la maladie dont il s'agit. Ne trouvez-vous pas convenable, mon cher confrère, de signaler à l'attention des praticiens un moyen simple, commode, peu coûteux, lorsque pour la goutte, maladie fréquente chez les riches, on pose, on affiche, notamment dans les journaux politiques, une foule de remèdes, des préparations d'*arcanes* toujours infailibles, bien entendu, et qui pourtant sont loin d'avoir les caractères de la bonne médecine, l'efficacité et la simplicité?

Veuillez agréer, etc.

REVEILLÉ-PARISE.

(1) *Guide pratique des gouteux et des rhumatisans*, ou Recherches sur les meilleures méthodes de traitement, curatives et préservatives des maladies dont ils sont atteints. Deuxième édition.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité clinique et pratique des maladies des enfants,*  
par MM. RILLIET et BARTHEZ; 3 vol. in-8°.

L'étude des maladies suivant les différents âges offre, quoi qu'en ait dit un médecin, dans un des derniers numéros de ce journal, un intérêt essentiellement utile. Avant même d'en venir à une observation de détail, les personnes qui, après avoir étudié dans les hôpitaux d'adultes, suivent des services consacrés aux vieillards ou aux enfants malades, ne manquent jamais d'être promptement frappées des différences de physionomie que leur présentent à chaque instant presque tous les faits pathologiques offerts à leur étude. Cependant il faut bien savoir jusqu'où s'étendent ces différences : de même qu'on doit se garder de ne les reconnaître qu'à la superficie, de même on évitera de les voir là où elles n'existent réellement pas.

On pensait autrefois que les maladies affectaient de préférence, dans les trois grands âges de la vie, quelque-une des principales régions du corps, et que chacune de ces périodes offrait à l'observation des maladies toutes spéciales, et que semblaient repousser des âges différents : ces deux idées, présentées surtout d'une manière aussi absolue qu'on l'a fait, ne sont pas plus exactes l'une que l'autre. On connaît cette ancienne doctrine développée par Stahl, dans sa fameuse thèse sur les maladies des âges, et d'après laquelle l'enfance se montrerait spécialement disposée aux maladies de l'encéphale, l'âge adulte à celles de la poitrine, la vieillesse aux maladies abdominales : étrange erreur et que nous ne retrouvons pas sans étonnement exposée d'une manière aphoristique et prétentieuse dans une thèse soutenue à l'un des derniers concours de la Faculté. Les maladies de la tête, de la poitrine et de l'abdomen s'observent également à tous les âges de la vie, et s'il pouvait rester quelque chose de cette idée de localisation de Stahl, ce serait précisément la rareté des affections abdominales chez les vieillards.

Les recherches cliniques faites dans ces dernières années ont montré que beaucoup d'affections que l'on croyait exclusivement propres à tel ou tel âge se rencontrent aussi à d'autres périodes de la vie : c'est ainsi que le croup, la coqueluche, etc., ont été étudiés avec fruit chez l'adulte ; que la fièvre typhoïde, regardée, il y a peu d'années, comme une maladie propre aux adultes, s'observe maintenant chez les vieillards et chez les enfants, et si fréquemment aujourd'hui chez ces derniers, que cela doit nécessairement tenir à une constitution particulière, à moins.

que ce ne soit à quelque abus de langage ; que le ramollissement cérébral enfin, pour s'en tenir à la nosologie moderne, n'est plus une affection sénile, mais s'observe à tous les âges, et peut-être même dans la vie fœtale.

Mais si ce sont les mêmes maladies qui s'observent à tout âge, que de différences dans leur physionomie, leur marche, leur traitement enfin, suivant qu'elles atteignent un vieillard, un jeune homme ou un enfant ! Est-il nécessaire, si l'on s'adresse à un praticien, de prendre d'autre exemple que la pneumonie, si commune à tous les âges, le type des maladies simples, franches, faciles à suivre et à traiter chez l'adulte, si habituellement insidieuse, irrégulière, si souvent compliquée et impossible à surmonter aux âges extrêmes de la vie ?

MM. Rilliet et Barthéz ont donc bien fait d'offrir aux médecins les résultats de leurs nombreuses et consciencieuses observations, de chercher à les faire assister à cette clinique intéressante et instructive de l'hôpital des Enfants, d'où sont sortis, depuis quelques années, tant de travaux utiles et curieux. MM. Rilliet et Barthéz se sont déjà fait connaître depuis longtemps par d'intéressantes publications. Une monographie sur la pneumonie des enfants avait paru en 1838, comme préface de l'œuvre étendue qu'ils préparaient déjà. Le Traité des maladies des enfants se compose de trois volumes considérables. On comprend qu'une œuvre aussi étendue, qui n'est que la réunion d'un certain nombre de monographies, se prête difficilement à une analyse forcément restreinte : Nous devons nous contenter de résumer quelques propositions de pathologie générale.

Ce qui frappe d'abord l'observateur dans la pathologie de l'enfance, c'est le rapport des maladies entre elles et leur mode de développement : ainsi la rareté des maladies simples, la fréquence des complications, que plusieurs affections se succèdent ou se mêlent ensemble. Mais le mode de développement des maladies est bien plus important encore : on en voit certaines, en effet, naître toujours chez des individus en bonne santé, d'autres se trouver à peu près constamment la conséquence d'un état morbide antérieur, d'autres enfin se montrer indifféremment dans ces deux circonstances, mais offrant dans l'un et dans l'autre cas des caractères tout différents : d'où cette distinction des maladies en primitives et en secondaires, distinction essentielle et qui domine la pathologie de l'enfance.

Cherchant s'il était possible de déterminer quelque loi dans la coïncidence ou la succession des divers états pathologiques, MM. Rilliet et Barthéz ont trouvé que la nature des maladies était la condition d'affinité la plus essentielle qu'elles présentassent : ainsi l'existence d'une phleg-

masie, d'une hydropisie, de tubercules, appelle en général, en même temps ou consécutivement, d'autres inflammations, d'autres hydropisies, de nouveaux tubercules et non point autre chose. Ce sont là des diathèses qui se montrent tantôt avant l'apparition d'une maladie locale, tantôt à sa suite, et les enfants vivent sous l'empire de ces diathèses, bien plus que les autres âges de la vie. La condition de *siège* des maladies est toute soumise à cette condition de *nature* : aussi les auteurs ont-ils cherché dans cette dernière la classification qu'ils ont adoptée. Ils admettent huit classes de maladies : phlegmasies, hydropisies, hémorrhagies, gangrènes, névroses, fièvres continues, tuberculisations, entozoaires. En présence de l'état d'anarchie dans lequel tous les laborieux efforts des travailleurs modernes laissent notre science à l'endroit de la doctrine et de la philosophie, nous n'insisterons pas sur ce qui peut être reproché à une telle classification, qui, incomplète comme elle est, force les auteurs de ranger les hypérhémiés, les ramollissements, les indurations, les rhumatismes parmi les phlegmasies, isole par exemple les tubercules et les inflammations tuberculeuses des inflammations simples qui en sont si souvent voisines, etc... Nous y insisterons d'autant moins que nous ne pensons pas qu'ils y attachent eux-mêmes une grande importance. Il faut un cadre quelconque : d'après la manière dont ils ont compris leur travail, nous allons voir que le choix n'en avait pas toute l'importance qu'il mérite d'ordinaire.

Une première difficulté se présentait : fallait-il faire une description complète des maladies de l'enfance, ou bien en présenter seulement les circonstances spéciales ? fallait-il rapprocher de ces dernières les différences qu'offre la pathologie des âges différents ? L'espace nous manque pour essayer de faire valoir les avantages et les inconvénients que présente chacune de ces méthodes. MM. Rilliet et Barthez ont adopté non pas la plus courte, mais la plus simple. En effet ils ont rassemblé les nombreuses observations qu'ils avaient recueillies à l'hôpital des Enfants, et d'après elles, et elles seules à peu près, ils ont présenté une histoire complète des maladies qu'ils avaient observées, sans s'occuper en général à faire ressortir les différences qu'elles offrent avec celles des autres âges. — C'est réellement un traité de pathologie fait d'après les enfants, au lieu de l'être, comme d'habitude, d'après les adultes. Sans doute ces messieurs ont pensé qu'écrivant, non pas pour des élèves, mais pour des praticiens, le lecteur ferait lui-même ce travail, et saisirait aisément ces différences, dont la notion est après tout le but principal d'un traité des maladies de l'enfance : malgré tout ce que cette confiance dans son intelligence et son expérience a de flatterie pour lui, nous croyons qu'il arrivera quelquefois au lecteur de regretter que nos auteurs se soient trop

scrupuleusement renfermés dans le travail descriptif, déjà fort beau sans doute et fort complet, qu'ils se sont imposé. Maintenant, s'ils ont cru pouvoir se restreindre à peu près dans leur propre observation, c'est qu'ils avaient rassemblé une masse imposante de matériaux : ainsi, pour ne citer qu'un exemple, le chapitre des fièvres éruptives a été composé avec 153 observations de variole, 87 observations de scarlatine et 167 observations de rougeole, toutes recueillies par eux.

En résumé, et considéré au point de vue de ses auteurs, c'est-à-dire comme un ensemble de monographies sur les maladies de l'enfance, cet ouvrage nous paraît fort remarquable par les immenses recherches qu'il contient, par la conscience des résultats, la vérité frappante des descriptions, par le soin et l'excellent esprit avec lequel la thérapeutique est traitée. Plusieurs chapitres, en particulier celui des fièvres éruptives, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, sont des modèles d'analyse et de description.

---

*Recherches historiques et critiques sur l'hydrothérapie.* Par A. E. BOYER, professeur à la Faculté de Strasbourg. Broch. in-8°.

Bacon a dit avec vérité : « Les savants, classe d'hommes crédules et indolents, ont prêté l'oreille trop aisément à des contes populaires, ont adopté trop aisément de simples oui-dire d'expérience, etc. » (*Nouv. organ. aph.* 98.) Cette insoucieuse crédulité se révèle en effet chaque jour dans notre monde médical, et voici un travail consciencieux qui nous en fournit une preuve nouvelle. Complètement désintéressé dans la question spéciale, mais intéressé, par sa position de professeur, au progrès réel, à la dignité de notre science, M. Boyer a voulu savoir au juste ce qu'il fallait penser de cette hydrothérapie, et c'est le fruit savoureux de ce labeur méritoire qu'il offre au public. Quiconque, de près ou de loin, s'intéresse à cette innovation prétendue, voudra et devra lire un document de cette valeur. Nous ne pouvons mieux faire, pour en donner une idée, que de reproduire le résumé de l'auteur.

« 1° L'hydrothérapie de nos jours était connue des anciens sous le nom plus convenable de *psychrothérapie*. 2° Il y a eu de tous temps deux hydrothérapies, l'une rationnelle ou médicale, l'autre excentrique, qui finit par devenir charlatanesque. 3° L'hydrothérapie excentrique dérive de l'hydrothérapie médicale exagérée, dénaturée par des empiriques et des charlatans. 4° L'hydrothérapie de Priesnitz a été longtemps une médication vétérinaire qu'on a plusieurs fois essayé d'appliquer à la médecine. 5° Plusieurs hommes, à diverses époques, ont exploité cette méthode avec des succès et un profit personnels analogues à ceux de

Prienitz ; mais leur réputation et la vogue de leur remède sont toujours tombées rapidement, dès qu'on a vu des renseignements précis, des expériences exactes, des observations complètes remplacer des bruits vulgaires, des récits vagues et mensongers, des histoires trouquées et sans valeur scientifique ; en un mot, dès que la saine raison et la vérité ont pu se faire entendre. La vogue de Prienitz est maintenant arrivée à sa période de déclin (voir la brochure de M. Ehrenberg, où l'ignorance meurtrière du paysan silésien est mise dans tout son jour). 6° Sa méthode n'a rien de nouveau, ni par rapport à l'agent dont il se sert, ni dans son mode d'administration, ni relativement aux cas dans lesquels on l'emploie ; les théories que l'on donne pour en expliquer les effets ont été jadis reproduites plusieurs fois. 7° Les travaux des médecins, les pratiques des charlatans nous ont depuis longtemps fait connaître tous les avantages et tous les dangers de la médication à l'eau froide ; etc. »

« Si Prienitz eût fait des études en médecine, dit ailleurs M. Boyer, il aurait obtenu des résultats bien plus avantageux pour ses malades ; mais sa pratique n'aurait pas été entourée du même éclat, parce qu'elle aurait été privée de son élément principal, l'attrait du merveilleux. Si Prienitz était médecin, il n'aurait pas tant d'assurance, ses malades n'auraient pas tant de confiance et de crédulité. »

Déjà nous avons commencé dans ce journal l'appréciation impartiale de l'hydrothérapie. La brochure de M. Boyer est le complément nécessaire de toutes les études sur la matière ; on y trouvera science et plaisir.

*Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, par M. AUG. VIDAL (de Cassis), *chirurgien de l'hôpital du Midi*, etc. Tome V. Paris, J.-B. Baillière.

Nous sommes bien en retard pour annoncer le tome cinquième et dernier de cet ouvrage dont les praticiens ont apprécié le mérite et qui n'a plus besoin des éloges de la presse pour faire son chemin. Peu d'ouvrages d'aussi longue haleine ont, en effet, obtenu un plus beau succès, et ce succès est légitime, de bon aloi, car il repose sur une valeur réelle. Nous regrettons beaucoup que l'espace dont nous disposons ne nous permette pas d'exposer avec étendue les divers sujets traités dans ce cinquième volume ; ils sont de la plus haute importance, et l'énumération que seulement nous en pouvons faire est suffisante pour en juger. Dans autant de chapitres, M. Vidal traite des maladies chirurgicales de l'abdomen, hernies, tumeurs, etc. ; des maladies de l'anus et du rectum, de l'urètre, de la prostate, de la vessie, des uretères, des reins, du



pénis, des testicules; de la vulve, du vagin et de la matrice; des maladies de la main et du pied; des amputations en général et en particulier: des résections; enfin, dans un appendice, il donne le traitement chirurgical du strabisme. Tous ces sujets sont traités avec des développements convenables. Ce volume contient près de mille pages, et toujours en vue des médications pratiques, sur lesquelles M. Vidal a surtout insisté. Ce n'est pas un recueil fastidieux d'observations dont les mille détails égarent le lecteur et jettent la confusion dans son esprit; c'est le produit élaboré d'une intelligence qui a beaucoup vu, beaucoup lu, beaucoup médité, et qui résume souvent en quelques pages, en quelques propositions nettes et lucides, ce que d'autres emploieraient des volumes à faire comprendre. Nous devons aussi, puisque nous ne pouvons parler de cet ouvrage que d'une manière générale, traduire l'impression que sa lecture laisse dans l'esprit. A l'encontre de la plupart des chirurgiens, M. Vidal ne comprend pas cette scission établie entre la médecine proprement dite et la chirurgie; il ne peut pas voir dans cette dernière un art, toujours et partout, armé d'un instrument pour diviser et abattre. L'instrument n'est pour lui que l'*ultima ratio* de la chirurgie. Avant que la main s'arme du bistouri, il veut que l'esprit ait épuisé toutes ses facultés vers la recherche des moyens médicaux proprement dits; il veut surtout que dans beaucoup d'occasions le chirurgien sache attendre, se confie un peu plus à la puissance de la nature, et ne compromette jamais son art par des tentatives téméraires. Ces idées donnent à cet ouvrage une teinte médicale qui certainement en augmente la valeur.

---

#### BULLETIN DES HOPITAUX.

---

*Opération pratiquée dans un cas de rectocèle vaginale.*— Depuis l'observation publiée il y a quelques années par M. Malgaigne, en 1836, je crois, on donne ce nom à la procidence de la cloison recto-vaginale déterminée par l'ampliation du rectum, qui forme ainsi une sorte de hernie dans le vagin, dont il distend et déprime la paroi postérieure au point que celle-ci peut franchir l'entrée de la vulve, en se plissant transversalement sur elle-même de haut en bas. C'est ce déplacement qui existait chez une malade de M. Jobert. Cette femme, âgée de 50 ans environ, présentait les symptômes qui se rattachent ordinairement au rectocèle, c'est-à-dire la constipation, de la difficulté et des douleurs lors de la défécation, outre que la tumeur du vagin augmentait en raison des efforts qu'elle faisait

pour retenir ses selles. M. Malgaigne, chez la femme dont il nous a transmis l'histoire, remédia avec succès à cet accident au moyen d'un pessaire de son invention, formé de deux cônes adossés par leur sommet, dont l'un beaucoup plus petit que l'autre, ayant donc à peu près la forme d'un sablier irrégulier. Sans contester l'efficacité de ce pessaire pour le cas rapporté par M. Malgaigne, la facilité avec laquelle il se déplace, et la nécessité où l'on est, pour qu'il soit maintenu, de lui donner de grandes dimensions, ce qui expose les parties à une pression douloureuse et irritante, ces motifs déterminèrent M. Jobert à rechercher un procédé opératoire qui pût être avantageusement opposé à ce déplacement viscéral et l'empêcher plus sûrement de se reproduire. Dans ce but, il pratiqua l'opération suivante. La femme fut placée sur le bord d'un lit, le siège élevé, les cuisses écartées et soutenues par des aides qui eurent soin en même temps d'élargir l'entrée de la vulve en tirant en dehors les grandes lèvres. Un autre aide introduisit dans le rectum le doigt indicateur de la main droite, il le plaça en supination et, le fléchissant sous forme de crochet, il en archouta l'extrémité contre la paroi rectale antérieure, et par une traction directe exercée sur le sphincter de l'anus, il lui fit aisé de tendre la cloison recto-vaginale et d'effacer ainsi la procidence qu'elle formait : ces dispositions prises, M. Jobert limita entre deux incisions longitudinales longues de six centimètres environ et distantes l'une de l'autre de trois centimètres, une portion de la membrane muqueuse de la paroi recto-vaginale qu'il disséqua et enleva complètement : ayant ainsi fait subir à la membrane muqueuse une perte de substance, il en réunit les bords à l'aide de trois points de suture entortillée. Chaque aiguille traversant l'épaisseur de la cloison sans la perforer, ramena au contact les deux côtés de la plaie, et le tissu muqueux se trouva ainsi réuni avec lui-même et maintenu par les fils dont on multiplia les tours. Dans cette opération difficile et très-délicate, il est important que l'aide qui tend et soutient les tissus devant le bistouri à l'aide de son doigt porté dans le rectum, suive avec attention tous les mouvements de l'opérateur, qu'une distraction de sa part pourrait exposer à léser l'intestin, car c'est l'aide qui doit protéger ce dernier en se rendant compte par le toucher de l'éloignement où se trouve le bistouri et de l'épaisseur des parties molles qui le séparent de son doigt. Lorsque les sutures furent achevées, on put se convaincre du rétrécissement immédiatement subi par la paroi recto-vaginale et de la disparition de la tumeur qu'elle formait auparavant par sa procidence à la vulve : cette opération a donc pour effet d'offrir au rectum un plan plus résistant, contre lequel les efforts de défécation pourront peut-être s'épuiser sans renouveler consécutivement le déplacement dont il s'agit. Nous ne pou-

vous apprécier aujourd'hui que les résultats primitifs de cette opération ; le vagin se laissera-t-il de nouveau étendre et déprimer par l'intestin ? C'est ce que l'observation pourra ultérieurement nous apprendre, et M. Jobert ne manquera pas sans doute d'éclaircir lui-même ce point nouveau et intéressant de chirurgie pratique.

---

*Extraction d'une pierre de la vessie par le caustique.* — On sait que M. Vidal (de Cassis), dans l'intention d'éviter l'accident le plus redoutable qui puisse survenir après la taille sus-pubienne, l'infiltration urinaire, a proposé de pratiquer cette opération en plusieurs temps. Sa méthode consiste à diviser les parois abdominales, à aller d'abord jusqu'à la vessie, et à s'arrêter dès que cet organe a été découvert. Quand les tissus divisés et qui séparent la vessie de la peau ont subi l'inflammation suppurative, quand ils sont recouverts de la membrane pyogénique, M. Vidal ouvre la vessie.

Jusqu'alors, M. Vidal avait pratiqué le premier temps de son opération avec le bistouri. Aujourd'hui nous devons signaler une nouvelle tentative de ce chirurgien, tentative qui se rattache toujours à l'idée fondamentale de sa méthode. C'est à l'aide du caustique que ce chirurgien vient d'exécuter une opération que nous devons faire connaître.

Par le caustique de Vienne solidifié, M. Vidal a formé une escharre qui avait l'étendue et la direction de la première incision qui est faite quand on pratique la taille hypogastrique. Cette première escharre fendue selon son grand diamètre, une lanière de pâte de chlorure de zinc a été placée dans cette fente. Ce second caustique a mortifié tous les tissus jusqu'à la ligne blanche, laquelle a été attaquée avec une autre lanière du même chlorure. Puis l'interstice des muscles pyramidaux, le feuillet fibreux sous-jacent et le tissu cellulaire qui le sépare de la vessie ont été touchés avec le caustique de Vienne. Des pois à cautère étaient placés dans les cavités que laissait la chute des escharres. Ce premier temps de l'opération a duré treize jours.

Quand M. Vidal a jugé le tissu cellulaire assez épaissi, assez condensé, assez *infiltrable*, il a ouvert la vessie avec le bistouri et extrait une pierre comme un gros marron. Le sujet, qui avait vingt ans, qui était très-méticuleux et dont le col de la vessie était d'une sensibilité extrême, ce malade n'a point manifesté la moindre douleur pendant tout le temps de l'emploi du caustique, et quand il a fallu extraire la pierre du fond de cette espèce de cautère, le malade ne se doutait même pas de l'opération qu'on lui pratiquait.

Tout allait bien, et *quatorze jours* s'étaient écoulés depuis l'extrac-

tion de la pierre, les urines avaient déjà un peu passé par l'urètre, quand le malade a été pris de vomissements qui ont continué pendant trois jours, après lesquels il a succombé.

L'autopsie a prouvé que le péritoine était complètement sain et intact, qu'il n'y avait pas d'infiltration urineuse. Mais les deux reins étaient malades, en suppuration; le gauche surtout était beaucoup plus volumineux, le bassinnet était très-élargi, les calices étaient pleins d'une boue purulente avec un sable très-fin. L'urètre gauche était vivement enflammé, surtout au voisinage du rein correspondant.

Ce fait, qui s'est passé à l'hôpital du Midi dont M. Vidal est chirurgien, peut-il être considéré comme une tentative malheureuse et un insuccès pour le nouveau procédé proposé par ce chirurgien? Nous ne le pensons pas. Tout en restant dans une légitime réserve sur ce sujet, nous croyons que les détails de l'autopsie sont suffisants pour faire admettre que quelque méthode qu'on eût employée, le malade aurait inévitablement succombé. Si par le caustique on évitait réellement aux calculeux les douleurs et l'effroi de l'opération, si on évitait le redoutable accident de l'infiltration urineuse, le caustique devrait sans aucun doute être préféré à l'opération. Mais, pour se prononcer, il faut attendre.

*Réséction du premier os du métatarse.* — S'il est avantageux pour le malade auquel on peut ainsi conserver un point d'appui plus solide dans la marche, de réséquer le premier os du métatarse plutôt que de l'amputer toutes les fois que les phalanges du gros orteil peuvent être conservées, il en est de même pour les cas qui exigent le sacrifice de ces orteils et d'une portion du métatarsien correspondant; il est toujours préférable de réséquer ce dernier plutôt que d'en faire la désarticulation. On conserve ainsi au bras de levier, représenté par le bord interne du pied, une longueur plus considérable, circonstance très-importante qui assure la marche en augmentant l'étendue du point d'appui. — C'est en vue de ce résultat que M. Lisfranc pratiqua dernièrement la réséction dont il s'agit chez un homme d'une quarantaine d'années environ, affecté d'une exostose médullaire de la première phalange du gros orteil et de la partie antérieure du premier métatarsien. Cette maladie, déjà ancienne, a doublé le volume de l'articulation métatarso-phalangienne, les téguments y offrent une couleur rouge violacée et sont perforés par plusieurs orifices de fistules qui conduisent dans l'épaisseur des os gonflés et ramollis à leur centre par la carie. Pour assurer le succès de cette réséction, il est important que le manuel opératoire soit parfaitement connu et exécuté avec une grande préci-

sion. Le pied étant solidement maintenu par un aide, le chirurgien, avec le poëce et l'indicateur de la main gauche, appliqués l'un sur la face dorsale, l'autre sur la face plantaire, limite la base que devra avoir le lambeau, et en même temps le point de l'os sur lequel la section portera. Il taille alors le lambeau en dedans et le dissèque : cette dissection peut être longue et difficile en raison de l'induration et de l'épaississement des parties molles qui souvent ont contracté des adhérences assez intimes avec le métatarsien, comme cela avait lieu chez le malade opéré par M. Lisfranc. Ce premier temps achevé, l'opérateur porte le bistouri dans l'espace interosseux afin de dénuder l'os en dehors : ici il importe de maintenir le bistouri très-parallèlement à l'axe du pied ; car si on l'inclinait du côté de la pointe ou vers le talon, on s'exposerait à couper les tissus soit de la face dorsale, soit de la face plantaire dans une trop grande étendue. Il faut surtout prendre garde de porter la dénudation de l'os trop loin en arrière ; on doit se rappeler que la section du métatarsien s'effectue en biseau de dedans en dehors, et d'arrière en avant, et que conséquemment le point où s'arrête la division des parties molles de l'espace interosseux doit être situé à un centimètre environ plus en avant que celui qui correspond en dedans à la base du lambeau, autrement une portion de la surface externe de la portion restante du métacarpien serait dénudée de ses parties molles, et ainsi exposée à se nécroser, ce qui retarderait singulièrement la cicatrisation de la plaie. Le troisième temps de l'opération consiste dans la section de l'os qui doit, en commençant à la base du lambeau, se faire dans la direction que j'ai précisée, afin de présenter une surface lisse et unie. Toute aspérité osseuse, capable d'exercer une pression nuisible de dedans en dehors sur les parties molles, se trouve évitée de la sorte. Or, on sait que c'est là une disposition très-favorable au succès de la réunion immédiate.

---

*Sur un cas d'éclampsie très-grave guéri par de nombreuses saignées.* — S'il est une affection qui commande une médication énergique et exclut toute temporisation, c'est sans contredit l'éclampsie. Ce n'est là ni une phlegmasie, ni une congestion, ni une hémorrhagie du tissu nerveux, c'est une perturbation violente, de nature indéterminée, qui se passe dans les actes intimes de ce tissu. Il n'est pas douteux cependant que la méthode antiphlogistique, employée *largâ manu*, ne constitue la médication la plus sûre à opposer à ces désordres, qui menacent la vie, en l'attaquant dans un de ses principaux foyers. Le fait suivant va nous montrer à la fois la gravité du mal, et l'efficacité de cette méthode. Une fille, accouchée nouvellement d'un enfant non à terme,

est dans les salles de M. Rayer. Cette fille, dix jours après avoir terminé ses couches, qui furent très-heureuses, est frappée pendant son sommeil par un courant d'air froid et humide. Il résulte de l'action de cette cause, qui agit principalement sur la tête, une céphalalgie fort intense. Bientôt cette céphalalgie, bornée au côté de la tête qui a été frappé, est suivie d'un sentiment de malaise et surtout de crainte indéfinissable pour la malade. Le soir de ce même jour, elle est prise d'une difficulté de parole très-grande : il lui semble, selon l'expression énergique qu'elle emploie elle-même, qu'elle va avaler sa langue. En proie à ces accidents, et à la terreur qui la domine, elle se fait conduire à l'hôpital sur-le-champ. Arrivée là, elle éprouve quelques mouvements convulsifs, et tombe dans un état de coma. Une saignée est pratiquée : le coma cesse, mais la malade est frappée d'hémiplégie du côté gauche, avec diminution de la sensibilité. La bouche et la langue sont fortement déviées. A la suite d'une seconde saignée, la paralysie de la jambe disparaît : les autres accidents persistant, divers phénomènes faisant redouter la réapparition des convulsions éclamptiques, sept nouvelles saignées sont successivement pratiquées. La maladie est enrayée; mais la paralysie du bras, de la langue, des buccinateurs, persiste : puis, chose bien remarquable, la paralysie du bras disparaît à son tour pendant le sommeil; une nuit la malade se réveille avec le bras impotent placé au-dessus de sa tête. Aujourd'hui, trois semaines environ après le début de la maladie, il y a encore un peu de faiblesse dans le bras; la bouche et la langue offrent encore un peu de déviation. Il est vraisemblable que la cause qui suscita dans l'organisme ces divers accidents était épuisée; que si nous pouvons ainsi dire, le système nerveux, par le fait seul du jeu de la vie, recouvrera ses conditions normales, et que la malade reviendra à une santé complète. *Naturam morborum demonstrat curatio*, a dit Hippocrate : cet axiome ne saurait certainement s'appliquer ici. Bien que la saignée ait eu ici, et ait souvent en cas pareil, lorsqu'elle est employée avec la même énergie et la même opportunité, une incontestable efficacité, ce serait se tromper que d'en induire que la maladie est une simple lésion de circulation; la saignée, dans ce cas, agit comme moyen de perturbation puissant, elle place l'économie tout entière dans des conditions autres, et la maladie disparaît; la théorie ne peut aller au delà de cette explication.

---

*Accouchement terminé naturellement malgré la présentation de la face.*—Les anciens accoucheurs pensaient en général que la présence de la face dans l'accouchement était d'un pronostic fâcheux surtout pour le produit, et qu'il fallait se hâter d'intervenir dès le début du travail soit

en changeant la présentation de la face en celle du sommet à l'aide du levier ou de la main, soit en opérant la version pelvienne si l'on n'avait pu parvenir à ramener le sommet au lieu de la face au détroit supérieur. Ce furent quelques cas de terminaison spontanée de l'accouchement dans une semblable présentation, cas observés à la Maternité, qui inspirèrent à M<sup>me</sup> Lachapelle, après P. Portal et Deleurye, l'idée que l'expulsion spontanée était non-seulement possible, mais même beaucoup plus aisée et beaucoup plus innocente que lorsque l'art intervenait. On remarqua cependant que si le menton persistait à descendre le long de la paroi postérieure de l'excavation dans les positions postérieures au lieu de se rendre sous le pubis, l'accouchement devenait non-seulement presque toujours mortel pour le produit, mais aussi très-compromettant pour les organes maternels. Que la terminaison spontanée ait lieu, ce qui est rare, ou que l'art intervienne, ce qui est la règle, c'est sur cette très-rare anomalie dans le mouvement de rotation qu'on s'est appuyé tout dernièrement pour conseiller de revenir à ces procédés de réduction, heureusement tombés dans l'oubli, et qu'une sage et bonne pratique réprouve.

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer tous les motifs de cette opinion, il suffit pour nous de constater qu'en effet les efforts de la nature tendent toujours, le menton étant en arrière, à le ramener sous le pubis afin de rendre le dégagement de la face possible.

Une terminaison semblable vient encore d'être observée tout nouvellement chez une femme couchée au n<sup>o</sup> 31 de la clinique.

Cette femme est une primipare âgée d'environ vingt-quatre ans, qui vit pour la dernière fois ses règles le 20 juillet dernier : elle était donc à terme lorsqu'elle sentit les premières douleurs le 4 mai à trois heures du soir ; elles continuèrent à un degré modéré jusqu'au lendemain à neuf heures du soir, moment auquel on opéra la rupture des membranes ; on put constater alors très-exactement une présentation de la face en mento-iliaque droite postérieure, position de toutes la plus fréquente, comme on le sait, car elle correspond, la tête étant fléchie, à l'occipito-iliaque gauche antérieure commune. — La dilatation ne fut complète que vers trois heures et demie du matin, et trois quarts d'heure après la face se dégagait des parties maternelles, le menton ayant dans son mouvement de rotation parcouru toute la partie latérale droite du bassin, et étant venu se placer sous le pubis. L'enfant, du sexe masculin, vint vivant et viable.

On voit que dans cette circonstance l'accouchement s'est terminé heureusement pour la mère et l'enfant, et que la durée totale du travail (trente-sept heures) n'a pas été considérable, bien que la femme

fût primipare et que la tête de l'enfant fût assez volumineuse. En effet,		
le diamètre occipito-frontal avait . . . . .	4 pouces	1/4
l'occipito-mentonnière . . . . .	5 p.	1/4
le bi-pariétal . . . . .	3 p.	1/2
le sous-occipito bregmatique . . . .	3 p.	1/2.

Une circonstance assez importante attire encore l'attention dans les accouchements par la face, c'est l'état de bouffissure et de turgescence sanguine de cette face qui effrayent même au premier abord tous les assistants. Mauriceau, auquel ce fait n'avait pas échappé, rapporte qu'assistant une dame de qualité, dont l'enfant vint par la face, les personnes présentes, en voyant l'état de noirceur où se trouvaient les téguments de la face de cet enfant, l'attribuèrent à ce que la mère, pendant sa grossesse, avait toujours été frappée de l'aspect de deux nègres qui suivaient la litière du duc de Guise.

Mais une circonstance qui semble beaucoup plus inquiétante que l'aspect de la face du nouveau-né, c'est l'impossibilité où il se trouve de prendre le sein pendant le premier jour qui suit sa naissance. Les mouvements des lèvres et des joues sont impossibles en effet jusqu'à ce que l'engorgement sanguin, souvent considérable, dont ils sont le siège, se soit dissipé en grande partie. C'est ce qui arriva chez l'enfant de la femme dont nous venons de rapporter l'observation ; mais ici, comme cela a toujours lieu, la résolution était presque complète douze heures après, et l'enfant pouvait prendre le sein. Il faut donc rassurer complètement la mère et les assistants sur cet accident qui n'est que passager et sans aucune influence ni sur la régularité future des traits, ni sur la santé présente de l'enfant.

---

*Luxation du bras datant de dix jours. Réduction spontanée.*— S'il est une affection chirurgicale qui réclame nécessairement le secours de l'art, parce qu'abandonnée à elle-même elle est reconnue incapable de guérison, c'est bien certes la luxation. Cependant un exemple du contraire s'est présenté récemment à la Charité dans le service de M. Velpeau. Un homme âgé de cinquante-huit ans, teinturier, d'une bonne constitution, petit, trapu, d'un tempérament sanguin nerveux, était tombé de sa hauteur sur l'épaule droite ; comme il était alors pris de vin, il ne peut donner de détails précis sur sa chute. Dix jours après l'accident il se présenta à la Charité, où l'on reconnut l'état suivant : Aplatissement du moignon de l'épaule, vide sensible sous l'extrémité externe de l'acromion, disparition du creux sous-claviculaire, coude maintenu écarté du tronc, mais non à un degré très-marqué, mouve-



ment du bras devenu impossible ; la mensuration ne donne aucune différence sensible pour la longueur des deux bras.

Cet état fut constaté par M. Velpeau, le 10 mai, jour où il reçut le malade, et le 11, à la visite, il diagnostiqua une luxation sous-scapulaire, dans laquelle la tête de l'humérus était portée très-haut, près de la clavicule. Il se proposait de la réduire le lendemain 12 (jour de clinique). Quel ne fut pas son étonnement lorsque ce jour-là, en s'approchant du malade, il trouva la luxation réduite, lorsque surtout il apprit par le malade, qui paraissait mériter confiance entière, et qui semblait le plus surpris de tous, que personne depuis la visite de la veille n'avait touché son bras ! le jeune élève qui avait été chargé d'appliquer un bandage pour maintenir le membre immobile, l'avant-bras fléchi au-devant du corps, certifia que d'abord il n'avait exercé aucun effort sur le bras, et que de plus il avait retrouvé le bandage exactement tel qu'il l'avait placé. Tous jurèrent qu'il n'avait point été exercé de manœuvre sur le bras luxé la veille ; et cependant la réduction était parfaite.

D'un autre côté, le malade n'avait point fait d'effort dans son lit ; il dit seulement qu'il avait souffert une partie de la nuit et qu'il avait senti *craquer* son épaule. Si donc, comme il y a tout lieu de le croire, aucune fraude n'a été mystérieusement exercée, il faut bien admettre qu'il y a eu ici réduction spontanée.

A cette occasion M. Velpeau a cité le fait d'une femme entrée il y a quelques années à la Charité pour une luxation du bras. En sautant à bas de son lit pour se rendre à l'amphithéâtre où l'on devait opérer la réduction, elle tomba sur le coude du côté luxé ; et quand elle arriva auprès de M. Velpeau, la luxation était réduite. Il a rappelé aussi l'histoire d'un homme qui, étant tombé aux Champs-Élysées, se luxa le bras ; tandis qu'on le soulevait par l'autre bras, la luxation se réduisit.

Nous-même avons été témoin l'année passée, à la clinique de Strasbourg, d'un fait analogue. Il s'agissait d'un vieillard de soixante-dix-sept ans, d'une constitution vigoureuse, qui étant tombé sur le côté droit du corps et ayant eu, à partir de ce moment, une grande gêne de mouvement du bras correspondant, entra, deux mois après, à la clinique (la tête de l'humérus était à peine distante de deux travers de doigt du bord acromial, elle apparaissait immédiatement appliquée au-dessous et en partie encore en dehors de l'apophyse coracoïde dont elle dépassait manifestement le niveau en avant. Tout l'avant-bras et la main étaient énormément tuméfiés par de l'œdème).

M. le professeur Sédillot diagnostiqua une luxation sous-coracoïdienne incomplète ; en employant le procédé de Moth, il rendit la luxation complète et en produisit une axillaire qui fut sur-le-champ réduite. La

mobilité reparut, mais l'engorgement œdémateux fit des progrès; la luxation incomplète se reproduisit spontanément et *se réduisit d'elle-même* avec la simple précaution de maintenir le membre légèrement élevé sur des brancards.

Mais dans ces trois exemples le fait de la réduction est loint d'être aussi curieux que chez le sujet de la première observation. On conçoit, en effet, comment elle eut lieu chez la femme de la Charité; chez l'homme des Champs-Élysées, il est probable qu'il y aura eu de sa part quelque effort pour se servir du bras luxé comme point d'appui en se relevant, effort qui aura eu pour résultat la réduction. Chez le vieillard de Strasbourg, la luxation était incomplète et la récurrence eut lieu spontanément; probablement par suite de la paralysie du deltoïde, on s'étonne moins de voir la réduction spontanée également.

Mais ici point de chute, point d'effort de la part du malade, qui d'ailleurs en était empêché par son bandage: est-ce à l'application de ce dernier qu'il faut rapporter cette cure radicale? c'est ce que nous ne saurions dire; mais, quelque inexplicable qu'il soit, le fait n'en est pas moins des plus curieux et à coup sûr bien digne de fixer l'attention des chirurgiens.

---

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

---

**AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES DE FORME BILIEUSE, observées pendant l'été à l'infirmerie de la Salpêtrière.** Nous ferons une légère critique de ce titre; l'accouplement de ces deux expressions gastro-intestinales et bilieuses ne nous semble pas donner une idée juste de ce que l'auteur veut dire. Affection intestinale comporte l'idée de quelque altération organique et de tissu, tandis que l'épithète bilieuse renferme celle d'une simple altération physiologique et de fonction.

Une sorte d'épidémie régna pendant l'été de 1812 dans l'hospice de la Salpêtrière. M. Noucourt, interne de M. Beau, en expose ainsi les principaux caractères. L'altération dominante, la seule même dans un grand nombre de cas, était un désordre des fonctions de l'estomac qui se traduisait par différents symptômes: embarras des premières voies; langue couverte d'un enduit blanc, assez souvent teinté en jaune, quelquefois d'un aspect naturel; bouche

amère, pâteuse, soit plus ou moins vive, mais jamais excessive; nausées et très-souvent vomissements de matières vertes ou jaunes donnant une amertume insupportable à la bouche; perte d'appétit, dégoût prononcé pour tous les aliments avec désir de boissons acidulées; poids, anxiété à la région épigastrique; constipation; céphalalgie quelquefois intense; pouls presque toujours normal, chaleur de la peau naturelle. Tantôt cet état survenait peu à peu sans cause connue, tantôt, et le plus ordinairement, la maladie était prise subitement, et presque toujours au milieu de la nuit, de vomissements opiniâtres et de diarrhée avec tranchées. Chez le plus petit nombre, après cette secousse, tout rentrait dans l'ordre, et au bout d'un jour ou deux, les malades reprenaient leurs habitudes. Dans d'autres cas, les accidents persistaient pendant plusieurs jours. Dans d'autres, on voyait les vomissements cesser et la diarrhée persister. Le plus souvent, à la suite des vomissements

et de la diarrhée; les malades offraient la première forme de la maladie, c'est-à-dire l'embarras des voies digestives, avec perte de l'appétit et nausées continuelles, état qui cessait de lui-même après un temps variable, ou bien par l'emploi des médicaments appropriés.

Le traitement de cette affection était indiqué par la nature. Un vomitif faisait disparaître tous ces accidents; ainsi c'est la méthode générale qui a été employée, et qui, dans tous les cas, a été suivie d'un succès rapide. (*Journ. de Médecine*, mai 1843.)

**DIAPASON** (*De l'emploi du*) dans le diagnostic des maladies de poitrine. La percussion, ce mode précieux d'investigation et qui rend à tous les praticiens des services si éminents, n'est pas toujours et dans tous les cas praticable. Sur les phthisiques dont la poitrine est recouverte de cautères, ou de pustules résultant de l'emploi de la pommade stibée; sur les malades atteints d'épanchement pleurétique qui a nécessité l'emploi d'un large vésicatoire, sur certaines femmes retenues par un sentiment de pudeur, il est difficile et quelquefois impossible de recourir à la percussion, et cela avec grand dommage pour le diagnostic.

M. le docteur Amédée Latour a cherché si dans ces cas, on ne pourrait pas suppléer la percussion par quelque autre moyen d'investigation. Il croit l'avoir trouvé dans l'emploi du diapason, cet instrument dont on se sert pour accorder les pianos et pour donner le *ta*, qui n'est autre chose qu'une tige d'acier recourbée, et supportée par un pédicule qui en forme la base. L'instrument mis en vibration par le frottement d'un corps métallique et appliqué sur un corps sonore, fait entendre les vibrations avec d'autant plus d'intensité que le corps sur lequel il est appliqué est lui-même plus sonore. Or, la poitrine, dans son état normal, présente toutes les conditions d'une véritable table d'harmonie. Si la respiration est pure, si les poumons sont parfaitement perméables à l'air, le diapason donne des vibrations intenses et très-sonnantes. Les poumons, ou une partie de ces organes deviennent-ils imperméables, un liquide vient-il à s'entreposer entre la cage osseuse et eux, le son du diapason s'obscurcit,

disparaît même presque en totalité, et donne ainsi une perception nette et sensible de l'état dans lequel se trouve cette cavité. M. Latour assure que l'emploi de cet instrument, dont le volume est d'ailleurs fort petit, lui a rendu des services dans plusieurs cas où la percussion n'était pas praticable.

Cette idée est certainement fort ingénieuse et mérite d'être suivie par les praticiens. (*Compte-rendu des séances de la Société médicale du Temple*, avril 1843.)

#### EMPHYSÈME PULMONAIRE

(*Mort subite par*). M. le docteur Prus a tout récemment attiré l'attention des médecins sur une cause de mort subite peu connue et non décrite, celle qui résulte de l'emphysème pulmonaire. Il est vrai que les opinions de ce praticien n'ont pas été unanimement acceptées et que des objections assez nombreuses ont été faites à sa doctrine. Une telle question ne peut évidemment être résolue que par des faits. Celui que vient de faire connaître M. Duplay vient-il en aide aux opinions de M. Prus? Nos lecteurs vont en juger.

Un homme de soixante-six ans meurt tout à coup en sortant de son lit, en s'habillant, en rendant compte à son voisin de la facilité avec laquelle il pouvait, contrairement à son habitude, respirer ce jour-là. Cet homme avait été admis à l'hospice des incurables pour cause d'emphysème pulmonaire.

À l'autopsie on a constaté effectivement que tout le poumon gauche et un peu le lobe supérieur du poumon droit étaient emphysemateux. Rien dans le cerveau et dans l'abdomen. Le cœur, examiné à l'extérieur, ne présentait rien de particulier; seulement il offrait un volume plus considérable qu'à l'état normal. Les cavités gauches présentaient une hypertrophie concentrique, comme dans presque tous les cas d'emphysème pulmonaire. Dans les cavités droites on trouva un bouchon qui fermait hermétiquement l'ouverture artérielle du ventricule droit, à la hauteur des valvules sigmoïdes: ce bouchon offrait l'aspect de la fibrine obtenue avec du sang fouetté avec des baguettes. Il paraissait organisé, avait 8 centimètres de longueur, avait une extrémité libre engagée dans l'artère pulmonaire, et une extrémité adhérente à racines mul-

tiples pénétrant dans le tissu aréolaire du ventricule.

La mort a dû être la conséquence d'un obstacle mécanique qui a interrompu subitement la circulation. Mais la formation de ce caillot ne s'explique-t-elle pas par l'emphysème dont le malade était atteint depuis plusieurs années, lequel, en ralentissant le passage du sang à travers les poumons, aurait, à la manière d'un anévrysme spontané, produit des caillots d'autant plus facilement que la disposition aréolaire de cet organe favorise singulièrement leur développement? Cette explication nous paraît fort plausible, et nous croyons que cette observation corrobore l'opinion de M. Prus sur la possibilité de la mort subite par emphysème pulmonaire. (*Gaz. des Hôp.*, avril 1813.)

#### FIÈVRES INTERMITTENTES

(*Observations prouvant le danger qu'a souvent la saignée dans le traitement des*). Il ne faut pas se lasser de récrier contre le danger des principes absolus en thérapeutique. Même en présence des fièvres intermittentes, les maladies qui prouvent le mieux la puissance de l'art, et contre lesquelles la même médication est suivie de succès si incontestables et si fréquents, il n'est pas permis au praticien de suivre une ligne de conduite invariable et inflexible. Ceux qui ont assisté avec le calme nécessaire aux plus fortes scènes de la révolution médicale pendant laquelle le quinquina avait été presque entièrement banni du traitement des fièvres intermittentes pour lui substituer la saignée, savaient bien qu'une triste expérience viendrait bientôt ramener les esprits aux saines règles de l'art. Mais ils n'oublièrent pas non plus, dans la réaction qui suivit la chute du physiologisme, que la saignée ne peut pas être absolument proscrite du traitement de ces maladies, qu'elle y trouve quelquefois ses indications précises, urgentes; qu'elle est, dans certaines circonstances, le premier moyen à employer, et que, sans elle, l'écorce péruvienne ne préserverait pas toujours les organes importants de congestions rapidement mortelles. C'est ainsi que se conduiront toujours les médecins prudents, en laced certaines formes de fièvre intermittente pernicieuse, formes apoplectique, soporeuse, pleurétique.

M. Bassi, auteur du travail dont nous avons indiqué le titre, n'a pas oublié ces principes importants, quoiqu'il se soit trouvé dans des circonstances où la réaction absolue contre la saignée fut pour lui presque légitime. Il raconte qu'appelé à exercer la médecine dans un pays où son prédécesseur avait fait un étrange abus de la saignée, il fut vu de mauvais œil par les habitants pour l'avoir remplacée par le quinquina. Il eut la faiblesse de faire le sacrifice de ses convictions; mais bientôt l'expérience vint lui montrer tout le danger de l'emploi de la saignée comme méthode générale. Voici quelques-uns des cas qui servirent à le raffermir dans ses convictions.

Un homme de 39 ans était atteint d'une fièvre intermittente quartie. Le médecin se laissa persuader par un ami du malade que cette affection cédait habituellement à une saignée; elle fut pratiquée. Un quart d'heure après, malaise général, sensibilité exaltée, constriction à la région précordiale, orthopnée, œil immobile, délire loquace. L'accès se calme peu à peu; le sulfate de quinine fut donné en abondance, et la guérison eut lieu sans autre accident. Un homme de 33 ans, de tempérament sanguin, attaqué d'une fièvre intermittente légère, ne suivait aucun traitement, lorsqu'un jour l'accès devint beaucoup plus fort, s'accompagna de forte céphalalgie, de dyspnée, de chaleur brûlante à la peau. La mère demanda instamment qu'il fût saigné; M. Bassi ne s'opposa pas à une déplétion que semblait d'ailleurs justifier la constitution du sujet. Deux heures après, aggravation notable des symptômes, céphalalgie plus intense, excitabilité, fréquence du pouls, difficulté de respirer. On donna quelques calmants, puis une forte dose de sulfate de quinine qui, répétée convenablement, amena la guérison.

Dans ces cas, évidemment, la saignée était fortement contre-indiquée, et ces faits ne détruisent en rien les réflexions qui précèdent sur le bon emploi de la saignée dans des circonstances données. (*Annali medico-chirurg.*, et *Gaz. médic. de Paris*, avril 1813.)

**FISTULES du conduit parotidien** (*Nouveau procédé opératoire pour la guérison des*). La fistule du canal de Sténon présente des variétés nom-

breuses quant au choix du procédé opératoire, suivant que son orifice extérieur correspond à la portion antérieure de ce conduit ou à celle qui est située en arrière du bord antérieur du muscle masséter : c'est aux fistules de la portion antérieure que s'applique le procédé suivant. Supposons une fistule du conduit parotidien gauche. 1<sup>er</sup> temps. L'opérateur introduit dans la bouche le doigt indicateur de la main gauche, enveloppé d'un linge, et l'applique contre l'endroit de la fistule ; il porte en même temps le pouce de la même main sur le point correspondant de la face externe de la joue et tire celle-ci dans la direction de la ligne médiane, de manière à effacer le coude du conduit et à le rectifier en l'allongeant. 2<sup>e</sup> temps. Il reconnaît, avec le bout du doigt indicateur de l'autre main, le bord antérieur du masséter; ensuite, avec un petit bistouri à tranchant convexe, il coupe verticalement la joue, sur un endroit sain au delà du lieu de la fistule et parallèlement au bord antérieur du même muscle, dans le but de découvrir le conduit de Sténon, comme on découvrirait une artère ou un nerf. C'est donc par petits coups qu'il faut procéder; une petite incision et un peu d'habitude font découvrir et isoler ce conduit avec une grande facilité. Cela fait, on lie le conduit avec un cordonnet de soie, absolument comme une artère dans la méthode de Hueter, et l'on coupe l'un des chefs; l'on coupe ensuite le conduit lui-même au-dessus de la ligature. 3<sup>e</sup> temps. Avec un bistouri droit, le chirurgien complète alors la plaie, en perforant directement d'un seul trait la joue, assez amplement, surtout en dedans; il fait passer alors le fil dans la bouche en lui laissant une longueur de 27 à 30 millimètres, et réunit la plaie externe par première intention à l'aide d'épingles fines à insectologie et d'un fil. Ces épingles doivent être implantées de manière qu'elles n'arrivent pas jusqu'au conduit de Sténon et à une petite distance l'une de l'autre; c'est-à-dire à 2 ou 3 millimètres (1 ligne et demie). La plaie externe se cicatrise promptement et ne laisse qu'une cicatrice linéaire à peine visible. Le fil, laissé dans la bouche, est toléré sans inconvénient et tombe du seizième au vingt-cinquième jour : il sert de conducteur à la salive provenant du bout supé-

rieur du conduit, son usage favorise la formation de la fistule interne que l'art a cherché à établir en empêchant la réunion de la muqueuse buccale qui a été divisée. La guérison est durable et constante. Après la chute du fil, qu'on peut hâter au besoin à l'aide de légères tractions, le cathétérisme de la moitié inférieure du conduit fait voir que celui-ci est oblitéré à l'endroit lié.

M. Ribéri, professeur de chirurgie à Turin, et auteur de ce nouveau manuel opératoire, a, pour l'exécuter, un autre procédé que voici : le premier temps est comme dans le précédent. Le chirurgien prend alors un bistouri droit et étroit, et perce la joue d'un seul trait, à l'endroit indiqué, et sans disséquer préalablement le conduit; ce conduit doit se trouver ainsi divisé de prime abord. Le doigt indicateur, qui est dans la bouche, relève de dedans en dehors les bords de la petite plaie; l'opérateur l'abstergé, et voit saillir le bout inférieur du conduit de Sténon; il le saisit avec une pince et le lie comme précédemment; le reste *ut supra*. Ce procédé, plus expéditif que le précédent, n'a d'autre inconvénient que de couper un petit rameau de la septième paire qui marche parallèlement et à peu de distance du conduit salivaire. Cette lésion du nerf facial n'a présenté rien de fâcheux à M. Ribéri, qui pratique indifféremment l'un ou l'autre de ces deux procédés. (*Annales de thérap.*, avril 1843.)

**GANGRÈNE DE LA VERGE** (*Un mot sur la* ) et les opérations qu'elle nécessite. Les auteurs qui se sont occupés de la dégénérescence gangréneuse de la verge n'ont pas d'accord sur le traitement de cette maladie, et notamment sur le point relatif à l'opportunité de l'amputation. Les uns, comme le professeur Bégin, sont opposés à toute opération. La gangrène de la verge, dit ce chirurgien, n'exige jamais l'ablation de cette partie; il est plus convenable d'attendre la séparation spontanée des escharres; c'est aussi l'opinion de S. Cooper, qui dit positivement qu'aucune partie de la verge ne doit être amputée dans les cas de gangrène, parce que la partie morte tombe naturellement, l'ulcère qui en résulte est bientôt cicatrisé, et le malade n'a pas eu à souffrir de l'emploi douloureux de l'instrument tranchant. Sans doute, il

peut en être ainsi lorsque la gangrène est limitée aux enveloppes cutanées du pénis et du scrotum, qu'elle reconnaît pour cause une influence extérieure dont on peut rationnellement prévoir le terme et la durée; mais il faut convenir que la question est loin d'être aussi simple quand l'affection produite par cause interne se lie bien manifestement à un état adynamique général de la constitution, ou à un vice local dont la nature spécifique ne permet pas de prévoir le temps d'arrêt; tel est le virus syphilitique. Aussi pensons-nous avec B. Bellot Patissier qu'il y a des cas où l'expectation n'est pas permise, et où l'on doit promptement intervenir. Attendre, dans les circonstances étiologiques que nous venons d'indiquer, que la gangrène soit bornée pour recourir à l'amputation, c'est s'exposer à voir le pénis détruit dans toute sa longueur, et à pratiquer l'opération dans des circonstances moins favorables; car entre les hémorragies qui peuvent épuiser le malade et augmenter son état adynamique, les suites de cette amputation sont bien différentes suivant la hauteur à laquelle la mortification est arrivée. En effet, tant qu'il reste une portion de la verge au-dessus du pubis, l'émission des urines se fait en jet, tandis qu'il n'en est pas ainsi quand l'opération a été pratiquée au-dessous de la symphise. Il faut alors faire usage d'un instrument pour uriner, sans cela les urines coulent sur le scrotum qu'elles enflamment et exsorbent.

On nous objectera, sans doute, qu'en amputant avant que la gangrène soit bornée, on court le risque de la voir se reproduire sur les tissus que l'amputation a conservés; nous répondrons à cela qu'en saine pratique ce danger ne doit pas arrêter le chirurgien en face d'une maladie constamment envahissante, surtout quand l'expérience a souvent démontré que l'opération modifiait assez avantageusement la vitalité des tissus pour qu'une phlegmasie suppurative de bonne nature s'y développât et produisît une guérison durable. C'est en vue sans doute de cette modification que, dans l'observation suivante, le chirurgien mit en usage un procédé que nous tenons des anciens, et qui paraît avoir été conservé avec une certaine faveur depuis Pouteau, dans les hôpitaux de Lyon.

*Obs.* Un homme de vingt-un ans portait depuis huit jours sur le prépuce un chancre très-étendu, lorsqu'il entra dans les salles de médecine de l'Hôtel-Dieu pour s'y faire traiter d'une gastrite: il y fut pris de diarrhée avec prostration et quelques symptômes typhoïques. En même temps, il se déclara un phimosis avec commencement de gangrène à la surface du prépuce. La gangrène faisant de jour en jour des progrès rapides, on fait passer le malade dans une salle de chirurgie; il est alors, le 11 décembre, dans l'état suivant: Prostration, face terreuse, langue sèche, pouls petit et très-fréquent. La gangrène a envahi la moitié antérieure du prépuce, la verge est encore intacte, quoique tuméfiée et douloureuse. Pansement avec le chlorure de chaux: 13 décembre, l'extrémité de la verge est mortifiée dans une étendue d'un pouce et demi. L'adynamie générale progresse de plus en plus. Le 13, l'amputation circulaire de la verge fut faite avec un cautère entellaire rougi à blanc, à peu près au niveau de la ligne de démarcation des parties saines avec les parties gangrenées. (Pansement avec compresses d'eau froide.) Le soir, le malade est tranquille malgré la douleur locale qui, du reste, est beaucoup moins considérable qu'avant l'opération. La portion restante de la verge s'est légèrement tuméfiée; cependant l'émission des urines n'en est pas empêchée. (Potion avec 15 gram. de sirop de quina et une pilule d'opium.) 14 décembre, douleurs presque nulles, peu de tuméfaction, état général meilleur; le malade demande à manger, il n'a presque plus de fièvre. 20 décembre, l'escharre se détache. Jusqu'au 5 février la cicatrisation continua à se faire sans qu'il survint aucun accident notable. Ce jour-là, le malade sort parfaitement guéri de l'hôpital. Pour prévenir le rétrécissement du canal au point où il a été coupé, M. Pétregnin a l'habitude d'en favoriser la dilatation à l'aide de morceaux d'éponge préparés qu'il introduit dans sa cavité.

Dans un cas semblable à celui qui précède, M. le docteur Pothon a déclaré au chirurgien de l'hôpital de Lyon que le fer rouge avait triomphé de la maladie en bornant immédiatement la gangrène. (*Examineur médical*, avril 1843.)

**HÉMORRHAGIE mortelle occasionnée par une épingle avalée.** Une épingle introduite dans les voies digestives peut s'arrêter dans l'œsophage, perforer ce conduit et déterminer une lésion de l'artère carotide qui peut causer la mort : l'observation suivante en fournit la preuve.

M. Joseph Bell rapporte que Hugh Allen, âgé de dix-huit ans, a été pris, le 30 novembre, d'hémorragie foudroyante par le nez et par la bouche. Sa mère dit que dix jours auparavant, en mangeant de la soupe à la farine d'avoine, sa fille avait senti avoir avalé quelque corps pointu qu'elle avait présumé être une épingle; depuis elle avait éprouvé beaucoup de mal au côté droit de la gorge. Le neuvième jour elle avait commencé à cracher un peu de sang, et le soir elle en avait rendu une assiette. Après cela elle s'était endormie, mais en se réveillant le crachement avait continué à pleine bouche. A sept heures du matin le vomissement est devenu excessif et la malade a expiré en quelques minutes. *Autopsie.* Surface du corps exsangue; muscles du cou et de la poitrine très-développés et pâles; léger emphysème dans le tissu cellulaire du cou: le larynx et la trachée-artère sont pleins de sang, mais ne présentent aucune ouverture accidentelle. L'œsophage est perforé de part en part vers le milieu du cartilage thyroïde, par une épingle de 81 millimètres de longueur (3 ponces).

La pointe de ce corps est en contact avec l'artère carotide primitive. Sur ce point, la paroi de cette artère est détruite, elle offre une ouverture qui met sa cavité en communication avec celle de l'œsophage. La paroi externe de l'artère est détruite dans l'étendue de 40 millimètres (1 pouce 1/2), et la tunique moyenne ne présente que quelques fibres çà et là. La tunique interne est noire comme de l'encre et tout à fait rompue. Entre la face interne de l'œsophage et la trachée, il existe 30 grammes environ de pus et de sang: les tubes bronchiques sont pleins de sang qui, par des pressions sur la poitrine, refluë en grande abondance; les ramifications des bronches et la substance des poumons sont engoués de sang noir, en partie caillé, en partie fluide; les cavités du cœur sont vides; le péricarde contient 30 grammes de sérosité; l'estomac est plein de sang noir coagulé; le duodénum en con-

tient aussi une grande quantité. Ce fait, qui prouve que l'on doit toujours se défier des corps étrangers qui s'arrêtent dans la région gutturale, en rappelle un semblable observé, en 1837, par le docteur Reid d'Edimbourg: il s'agit d'un homme de 27 ans, tailleur, qui, en mangeant du poisson à son déjeuner, s'écrie qu'une arête lui est entrée dans le fond de la gorge. On lui fait avaler de gros morceaux de pain sans avantage. Le lendemain on le purge; mais la sensation à la gorge continue. Cette partie se gonfle; la déglutition de la salive de vient impossible; la salive coule au dehors des deux côtés de la bouche. Cataplasme sur le cou. Le surlendemain, la douleur à la gorge devient excessive. Saignée du bras, sinapisme; on répète la saignée, symptômes de suffocation. Les jours suivants, on emploie une foule de remèdes sans effet avantageux. Le dixième jour, le malade se met sur son séant; il devient pâle et vomit immédiatement une pleine chopine de sang vermeil et liquide. On fait usage d'eau fraîche, d'acides minéraux sans succès; le malade rejette d'autre sang, et il expire au moment où il essayait d'avaler quelques gorgées de thé. A l'autopsie, on trouve à 27 millimètres (1 ponce) au-dessus des articulations sterno-claviculaires, l'œsophage ulcéré et percé sur deux points, et la carotide gauche ouverte sur un de ces points; une sonde a pu passer de l'œsophage dans l'intérieur de l'artère. L'arête du poisson n'a pu être retrouvée; elle avait probablement quitté l'œsophage un jour où le malade s'était senti soulagé. Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains, mais pâles et exsangues. L'estomac et les intestins sont distendus par une immense quantité de sang caillé. (*London medical Gazette et Gaz. méd. de Paris*, avril 1843.)

**HYDROCÈLE** (réflexions sur le traitement de P.) par l'électropuncture. Dans le service de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, est entré un malade atteint d'hydrocèle simple, sans épaissement de la tunique vaginale et ayant le volume du poing. La pile voltaïque étant préparée, on enfonce une aiguille jusque dans la tunique vaginale et on la fait communiquer par le fil de cuivre avec le pôle-zinc; l'autre aiguille est enfoncée seulement au delà de la peau dans le tissu

cellulaire, et communique avec le pôle-culvre. Le but qu'on se propose ainsi est de faire passer la sérosité de la tunique vaginale dans le tissu cellulaire sous-cutané, de produire un œdème des bourses à la place d'une hydrocèle. On commença par douze couples; le malade éprouva instantanément des douleurs très-vives dans le cordon testiculaire, à l'aîne et jusque dans l'abdomen; mais les douleurs diminuèrent bientôt, et au bout de quelques minutes elles devinrent très-supportables; on continua ainsi pendant cinq minutes; puis on employa quinze couples, puis vingt, et chaque fois avec la production des mêmes phénomènes. L'opération dura en tout quinze minutes, et ne laissa après elle d'autre modification dans la tumeur qu'une augmentation de sensibilité au toucher. Le lendemain, la tumeur avait diminué de moitié. Le tissu cellulaire était devenu enflammé; il y avait une petite ecchymose dans un des points où l'aiguille avait été enfoncée. Le surlendemain, la diminution de la tumeur était encore plus sensible, il n'y avait presque plus de sérosité dans la tunique vaginale. Bref, en trois ou quatre jours les bourses revinrent à peu près à leur état normal; il n'y avait presque plus aucune trace de la maladie. Au bout de quatre ou cinq jours récidive de la tumeur, nouveau traitement par l'électro-puncture. Même résultat que la première fois. Les suites de ce second traitement furent semblables à celles de la première opération. La tumeur fut de nouveau entièrement vidée. Douze jours après, l'hydrocèle, après avoir disparu presque complètement, recommença de nouveau à se reproduire. Le vingtième jour, l'accumulation de la sérosité se faisait toujours lentement, mais d'une manière sensible. Au bout de six semaines environ, après cinq applications consécutives de l'électro-puncture, l'hydrocèle s'étant reproduite chaque fois, quoiqu'en moindre quantité qu'avant ces opérations, M. Denonvilliers, chirurgien suppléant, se décida à recourir à l'opération ordinaire. Au moment où on la pratiqua, la tumeur avait un volume égal à la moitié de celui qu'elle avait avant la première application de l'électro-puncture; elle n'était plus transparente comme elle l'était avant le traitement. Le testicule est situé dans la partie antérieure et in-

férieure de la tumeur, contrairement à ce qui a lieu le plus habituellement. L'opération a donné issue à de la sérosité sanguinolente. Les parois de la poche étaient très-épaissies, et n'ont laissé pénétrer le trocart qu'avec difficulté. La guérison fut obtenue. Vers le douzième jour on ne trouvait plus aucune trace d'épanchement. — Il résulte de cette observation, et de plusieurs autres semblables qui ont été publiées dans différents recueils périodiques, que l'électro-puncture, employée comme méthode générale dans le traitement des tumeurs liquides ou solides, ne donne que des résultats toujours incomplets, et le plus souvent même entièrement négatifs; c'est ainsi que, pratiquée à cinq reprises différentes et chaque fois avec une certaine énergie, elle n'a pas empêché la récidive de l'épanchement, et cela dans l'espace de quelques jours. L'électro-puncture ne peut donc être considérée que comme un moyen palliatif de plus dans le traitement de l'hydrocèle et des diverses autres tumeurs qui, comme celle-ci, sont constituées par une collection de sérosité dans une cavité séreuse. Aussi ne doit-on pas, en supposant que l'on y ait recours, insister longtemps sur son usage et jouer en quelque sorte avec ce moyen curatif, comme on l'a fait chez le sujet de notre observation. Ou s'exposerait, et cela est prouvé par le fait en question, à modifier d'une manière fâcheuse l'état de la tunique vaginale, et à la placer dans des conditions moins favorables au succès de l'opération que l'on serait forcé de pratiquer plus tard pour opérer la guérison radicale. Ainsi l'hydrocèle de notre malade était au début simple, parfaitement transparente, peu volumineuse; et après l'emploi de l'électro-puncture nous ne retrouvons plus ce caractère de simplicité; le liquide que la tumeur renferme perd sa transparence, et le kyste acquiert une telle épaisseur, qu'il oppose une résistance marquée à l'action du trocart; or, il est clair que la méthode par injection, pratiquée alors, offrait plus de chances d'insuccès que si elle l'eût été de prime abord. Ces nouveaux faits, recueillis depuis notre dernier numéro, modifient notre opinion. L'électro-puncture n'est donc point un traitement d'essai dont on peut dire que *s'il ne fait pas de bien, il ne fera pas de mal*; c'est, au



contraire, un agent très-actif, donnant lieu à des douleurs très-vives et pouvant modifier, au détriment du malade, l'état anatomique des tissus sur lesquels on l'applique, et dont le praticien doit, par conséquent, faire un emploi raisonné. Or, ce qui nous paraît résulter le plus clairement de ce fait, c'est la possibilité de diminuer, dans certains cas, le volume d'hydrocèles très-développées en les soumettant à l'action de l'électro-puncture avant de recourir à une méthode décisive, je veux dire l'injection. L'avantage de cette diminution de volume, soit d'un tiers, de la moitié, ou même des trois quarts, est facile à comprendre. Lorsqu'on injecte du vin dans une tunique vaginale qui a subi un développement considérable, et qu'une inflammation consécutive a lieu, l'imminence du danger est pour le malade en raison même de l'étendue des surfaces que cette inflammation envahit; tandis que si la tunique vaginale, par la résorption d'une partie du liquide qu'elle contenait, est revenue sur elle-même, l'inflammation, portée dans un espace plus étroit, sera moins à craindre, non-seulement comme lésion locale, mais encore sous le point de vue des accidents généraux qu'elle peut déterminer.

Envisagée ainsi, l'électro-puncture nous paraît appelée à rendre des services à la thérapeutique de l'hydrocèle, si, surtout, des observations nouvelles viennent confirmer les résultats obtenus chez les malades dont nous avons rapporté les observations. (*Gaz. des Hôp.*, avril 1843.)

**HYDROCÉPHALE AIGUE** (*De l'action de l'iode dans l'*). M. Seyfer de Heilbronn croit que l'hydrocéphale aiguë est toujours liée à une cachexie scorbutique, et partant de cette idée il considère les préparations d'iode comme souveraines dans cette affection. Il cite quatre cas, dans trois desquels la maladie n'étant, dit-il, qu'à sa première période, il a administré avec succès 10 à 15 grains d'hydriodate de potasse dissous dans 3 onces d'eau, et une infusion d'un demi-gros d'arnica dans 3 onces de véhicule, dont l'enfant devait prendre alternativement une cuillerée à bouche d'heure en heure, et des frictions faites matin et soir, sur la tête rasée, avec une pommade composée soit de 12 grains de proto-

iodure de mercure, sur une demi-once d'axonge, en prenant de la première gros comme une aveline ou de la seconde gros comme un haricot.

Or, il est important de savoir ce que M. Seyfer entend par première période de l'hydrocéphale aiguë. C'est, dit-il, l'état dans lequel on remarque quelquefois pendant des mois entiers les symptômes suivants : amaigrissement très-prononcé, cachexie scorbutique profondément enracinée, grande faiblesse, tristesse, somnolence, chaleur fugace, changement de couleur à la face, marche vacillante, quelquefois déjà céphalalgie. Ces symptômes sont communs à trop de maladies pour qu'il soit possible d'en embleur l'existence de l'hydrocéphale. Aussi ne pensons-nous pas qu'il faille attacher une grande valeur à ces faits. (*Médecin. correspond.* — Blatt, et *Gaz. méd. de Paris*, avril 1843.)

**HYDROSUPATHIE.** Rapport fait au conseil général des hospices, par M. Devergie, sur les essais tentés à l'hôpital Saint-Louis, dans le traitement des maladies de la peau. Il est d'un esprit sage de ne rien rejeter en médecine, que les choses absolument ridicules exploitées par le charlatanisme. Quand un agent ou une médication possède une action évidente, et peut exciter des modifications réelles sur l'organisme, quelque étrange que soit cet agent ou cette médication, l'examen, l'expérimentation sont légitimes. Qu'on répugne à l'expérimentation sur l'homœopathie ou le magnétisme, on le conçoit, car comme agents médicaux, indépendamment même de l'excentricité de leurs principes, l'homœopathie et le magnétisme sont de toute inutilité. Il n'en peut être de même de l'hydrosupathie. Il y a là certainement une action énergique, profonde, qui certainement doit jeter une grande perturbation dans l'économie, et dont on conçoit qu'on puisse utiliser la puissance. Il serait fâcheux que cette méthode tombât exclusivement entre les mains de l'industrie et du charlatanisme, qui la discréditeraient à coup sûr. Nous voyons avec plaisir que des esprits sérieux s'occupent de cette question, l'examinent au point de vue scientifique et pratique; c'est le seul moyen d'empêcher le mal que les applications imprudentes de cette méthode pourraient occasionner, et

de mettre en lumière les services qu'elle peut rendre si elle offre réellement des indications utiles.

M. Devergie a tenté l'application de cette méthode sur onze malades de son service à l'hôpital Saint-Louis : neuf étaient atteints de maladies de peau de même forme (*squammense, psoriasis et lèpre*), et deux de rhumatisme chronique. Sur ces neuf malades, l'affection était récente dans trois cas et ancienne dans les six autres. Les résultats obtenus peuvent être rattachés à deux points à la fois importants, la santé générale des malades en traitement, la maladie dont ils étaient atteints.

Un seul malade a paru influencé d'une manière fâcheuse, sans que la maladie de la peau ait été amendée. Chez les autres, il n'est survenu qu'une légère diarrhée de peu de durée, et au contraire la santé générale a été très-notablement améliorée.

Quant aux résultats, en égard à la maladie de la peau en elle-même, M. Devergie déclare d'abord que l'hydrothérapie ne l'a jamais aggravée, ensuite que trois malades seulement sont sortis guéris sous l'influence seule de cette médication ; encore y a-t-il eu récédive chez l'un d'eux, trois semaines après. Chez les autres malades il a dû faire suspendre l'hydrothérapie : ou elle n'opérait pas d'effet avantageux, ou elle modifiait la maladie sans la guérir. Néanmoins cette modification sans guérison lui a paru heureuse, car dans la plupart des cas il a pu opérer la guérison de l'affection à l'aide de moyens qu'il considère comme ayant dû être sans résultats avant l'emploi de l'hydrothérapie.

Quant aux deux malades affectés de rhumatismes chroniques, ils sont sortis de l'hôpital avec une amélioration très-notable dans leur position.

Ces résultats sont sans doute insuffisants pour juger la question de l'hydrothérapie. Une expérimentation sur une plus grande échelle est indispensable, et telle est aussi l'opinion de M. Devergie. (*Gaz. méd. de Paris*, avril 1813).

**LIGATURE de l'artère iliaque primitive.** La science compte huit observations de ligature de l'artère iliaque primitive, et dans quatre les malades ont guéri; les quatre autres ont été suivis de mort. Le fait que nous rapportons d'après M. Edward

Peace, chirurgien à l'hôpital de Pensylvanie, vient heureusement s'ajouter au chiffre des guérisons. Israël Jones a été reçu à la clinique pour y être traité d'un anévrisme inguinal, datant de cinq mois. Cinq mois avant son entrée, il avait éprouvé un effort à l'aîne droite en voulant soulever une pierre lourde. Quelques jours après, une tumeur dure, du volume d'un pois, s'est manifestée dans cette région. Un mois après, elle offrait le volume d'une grosse noix, et elle continua à augmenter jusqu'au quatrième mois, époque de son maximum d'accroissement. Des pulsations étaient déjà sensibles à compter de la quatrième semaine. Vers le commencement du quatrième mois, de la douleur et de l'engourdissement se sont déclarés dans la tumeur et dans la moitié antérieure de la cuisse. Ces symptômes augmentaient par l'exercice et diminuaient par le repos. Trois semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital, la souffrance était devenue excessive, elle empêchait le sommeil; le malade ne pouvait rester qu'assis, la jambe fléchie sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin. La tumeur est large et irrégulière, hémisphérique; elle offre 67 millimètres (2 pouces) de hauteur, et 118 millimètres (5 pouces et demi) de diamètre vertical et autant de diamètre transverse; elle envahit presque toute la région iliaque externe et empiète sur l'artère fémorale dans l'étendue de 51 millimètres (2 pouces). Le sujet est robuste, vigoureux et bien portant d'ailleurs. L'opération a été exécutée le 29 août : le vaisseau a été découvert et lié à 13 millimètres (demi-pouce) au-dessus de sa bifurcation. La ligature a été passée facilement à l'aide de l'aiguille de Gibson. Les pulsations et la douleur ont cessé dans la tumeur aussitôt que le fil a été noué; mais le membre s'est engourdi et le pied en particulier; les orteils sont devenus un peu insensibles. L'engourdissement a continué dans un certain degré et par intervalles, pendant les deux premières semaines. La sensibilité a augmenté cependant graduellement jusqu'au troisième jour; alors elle est devenue complète jusque dans les orteils. Le membre, au-dessous du genou, était sensiblement froid une heure après l'opération. On l'a enveloppé dans de la laine cardée, et il a repris sa température habituelle. Au bout de vingt-

quatre heures, la chaleur était revenue aux pieds, mais pas aux orteils, qui étaient encore un peu froids. La chaleur a augmenté ensuite tellement qu'elle a dépassé le degré de l'état naturel, et a continué ainsi durant les deux premières semaines. La circulation capillaire des orteils a continué à être lente jusqu'au sixième jour; alors elle a repris son activité. Le malade n'éprouvait qu'un peu d'engourdissement et de douleur de temps en temps; mais il ne souffrait pas réellement jusqu'au milieu de la seconde semaine. A cette époque, il s'est plaint d'une douleur intense commençant aux orteils et se terminant dans l'aîne; on applique des compresses trempées dans le laudanum sur la tumeur; celle-ci, qui avait été molle jusque-là, est devenue beaucoup plus dure et manifestement plus petite. Aucun autre symptôme notable ne s'est déclaré, à l'exception d'un peu de tuméfaction à la jambe, qui est survenue vers le quinzième jour, et qui n'a duré que quarante-huit heures. La plaie a été pansée de nouveau le quatrième jour, et chaque jour ensuite. La suppuration est louable et modérée; l'appétit excellent; l'état général bon. La moitié de la plaie s'est réunie par première intention. Vers la deuxième semaine le tout est cicatrisé, excepté l'endroit du fil. Celui-ci est tombé le 27 septembre, au trente-cinquième jour. A cette époque, on permet au malade de se tenir sur son séant; il va parfaitement bien. La friction sur le membre, avec un liniment de savon, soulage beaucoup de l'engourdissement et de la douleur. Guérison. (*Philadelph. medic. Exam. et Gaz. méd. de Paris*, avril 1843.)

**NEURALGIE périodique mensuelle des organes du bassin.** Des erreurs de diagnostic conduisant à des conséquences graves pour le traitement, pouvant avoir lieu dans des circonstances semblables à celles que nous allons faire connaître, il nous a semblé utile d'appeler l'attention des praticiens sur le fait suivant observé dans la clinique de M. le professeur Fouquier. — Une femme de trente-deux ans, bien réglée jusque-là, ayant eu trois enfants sans aucun accident, entre à la clinique se plaignant de douleurs dans la région iliaque. Depuis six mois, sans cause connue, elle res-

sent, pendant les sept ou huit jours qui précèdent les règles, des douleurs vives dans la région iliaque droite, douleurs qui se propagent à l'aîne et à la partie antérieure de la cuisse, du côté correspondant. Les douleurs cessent dès que l'écoulement des règles paraît. On ne remarque d'ailleurs aucune rougeur ni aucun gonflement dans les parties douloureuses. Point d'écoulement par le vagin. Une application de 15 sangsues fut faite sur le siège principal de la douleur. Le lendemain les douleurs avaient diminué, mais les règles étaient arrivées. Trois jours après la malade ne ressentait plus aucune douleur.

M. Fouquier n'hésite pas à voir là une affection névralgique caractérisée par l'intermittence des accès, la rémission des douleurs, leur caractère, l'absence de tumeur, de rougeur et de chaleur. Quel est son siège? Il est difficile de le préciser. Suivant toute apparence, le point de départ de la douleur est dans les branches nerveuses qui émanent du plexus sacré. L'ovaire droit paraît en avoir été d'abord le siège principal, ce qui n'est pas sans exemple.

Le point réellement pratique de cette observation consiste dans l'aveu qu'elle doit donner sur la possibilité de confondre ces névralgies profondes du bassin avec des maladies de l'utérus. On conçoit combien ces méprises peuvent entraîner à des conséquences fâcheuses dans le traitement. Bien qu'il puisse être souvent fort difficile de préciser le siège de ces douleurs névralgiques du bassin, on pourra toujours cependant, avec une attention suffisante, éviter de les confondre avec une altération organique de l'utérus. (*Gaz. des Hôp.*, avril 1843.)

**NITRATE D'ARGENT A L'INTÉRIEUR** (*Moyens de prévenir et de faire disparaître la coloration de la peau causée par l'administration du*). L'emploi à l'intérieur du nitrate d'argent, que plusieurs praticiens ont vanté dans le traitement de l'épilepsie (voyez t. XII), de la chorée, du pyrosis, de la gastralgie, de l'angine de poitrine, etc., a cependant beaucoup été restreint par l'inconvénient grave qu'il présente de colorer la peau en une nuance bleuâtre ou indigo. Il serait donc bien important de trouver le moyen d'empêcher ou de faire dis-

paraître cet accident. C'est ce qu'a cherché à faire M. le docteur Patterson. Il nie d'abord l'efficacité du moyen proposé par Thomson. Ce médecin a proposé d'administrer, en même temps que le nitrate d'argent, une certaine quantité d'acide nitrique, afin d'empêcher la transformation du nitrate en chlorure d'argent, transformation qui lui paraît la cause de la coloration de la peau. Cette transformation en chlorure; que Thompson croit devoir se passer dans les capillaires de la peau, se passe au contraire, d'après M. Patterson, immédiatement dans l'estomac, et c'est à elle qu'il attribue même l'efficacité thérapeutique du nitrate d'argent. La coloration de la peau est due, selon lui, à la séparation de la base métallique abandonnée par le chlore, par l'action du soleil frappant sur le vaisseau capillaire où est contenu le sel, cette base venant alors se déposer dans le tissu de la peau.

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications, ce qui importe au praticien, c'est de savoir s'il existe un moyen d'empêcher ou de faire disparaître la coloration de la peau. Pour le premier cas, M. Patterson propose la substitution de l'iodure d'argent au nitrate de cette base. Sous le point de vue chimique, en effet, l'iodure d'argent ne se décompose ni à la lumière, ni au contact des matières animales et végétales. Sous le point de vue thérapeutique, M. Patterson s'est assuré par de nombreux essais, faits sur les maladies de l'estomac, que les propriétés thérapeutiques de l'iodure étaient semblables à celles du nitrate d'argent. L'auteur l'a administré à la dose d'abord d'un huitième, puis d'un quart de grain, trois fois dans la journée, dans des maladies caractérisées par des douleurs d'estomac accompagnées quelquefois d'un flux aqueux et offrant tous les symptômes de la gastralgie. Il l'a employé deux fois contre l'épilepsie; dans ces cas, le malade était encore en traitement au moment où l'auteur écrivait; dans l'autre, quoique le traitement n'eût pas été suivi avec régularité, il eut un effet assez avantageux dès le début; mais il ne se soutint pas. Des quatre cas de coqueluche, dans lesquels l'iodure d'argent a été employé, dans trois il l'a été avec succès, et dans un sans aucun avantage.

De ces faits, dans lesquels la coloration bleuâtre de la peau ne s'est

jamais manifestée, M. Patterson conclut que l'iodure d'argent peut et doit être substitué au nitrate dans son emploi à l'intérieur. Ces faits sont-ils assez nombreux pour légitimer cette conclusion? Nous ne le pensons pas, mais ils doivent encourager à faire de nouveaux essais.

Quant au moyen de détruire la couleur noire de la peau causée par le nitrate d'argent, l'auteur propose l'administration à l'intérieur et à l'extérieur de préparations convenables d'iode. Or, il faut dire que nous n'avons plus à citer ici des expériences directes, mais des faits intéressants, sans doute, mais impuissants à entraîner la conviction. Nous citerons le plus important: « Mes doigts avaient été tachés par le nitrate, je les mouille et les frotte avec un peu de solution d'hydriodate de potasse, et au bout de quelques secondes les taches sont enlevées, excepté sur la pointe où la peau avait été cautérisée par le contact immédiat du caustique. Je me lave le bras avec une solution de carbonate de soude; puis, après l'avoir séché à l'air, je le mouille de nouveau avec une solution étendue de nitrate d'argent et le laisse au soleil jusqu'à ce que la tache noire soit formée. Je le lave ensuite avec une solution d'hydriodate de potasse, et la tache disparaît aussitôt comme si c'eût été de la terre. » (*Dublin medical press*, et *Gaz. méd. de Paris*, avril 1843.)

**PÉRITONITE TUBERCULEUSE**  
(*Sur le diagnostic de la*). Le diagnostic de la péritonite tuberculeuse est loin d'être toujours aussi facile qu'on pourrait le croire en lisant les descriptions des auteurs. Nous croyons donc utile de reproduire quelques-unes des considérations exposées récemment par M. Guersant.

Le carreau n'est pas une affection exclusivement propre à l'enfance. On la rencontre chez l'adulte et quelquefois sur des individus de 50, 60 ans et plus. D'après M. Guersant, elle est beaucoup plus fréquente chez les jeunes sujets, depuis l'époque de la première dentition jusqu'à l'âge de douze ou quinze ans, peut-être à cause de la fréquence à cet âge des maladies tuberculeuses en général.

Il existe deux variétés dans cette maladie. L'une, indolente, sans aucune espèce d'inflammation des parties qui avoisinent les tubercules;

celle-là ne peut être reconnue qu'après la mort. L'autre, inflammatoire, s'accompagne d'une phlegmasie bien évidente des ganglions, et souvent même d'une partie de la muqueuse du tube digestif, et du péritoine correspondant aux ganglions affectés.

Le ballonnement du ventre n'est pas un symptôme propre au premier degré du carreau, comme le croit le vulgaire. Il se rencontre dans d'autres maladies. Il en est de même des vomissements, de la diarrhée. Chacun de ces signes pris isolément peut conduire à l'erreur.

Il n'en est pas de même des douleurs abdominales qui sont constantes. L'enfant rapporte ordinairement ces douleurs à la partie moyenne du ventre; ces douleurs sont profondes, augmentent par la pression. En même temps il y a ballonnement du ventre, qui présente ceci de particulier, que dans beaucoup de cas les veines des parois abdominales sont dilatées, saillantes, et se dessinent finement à travers la peau. Il y a absence de résonnance tympanique, et même quelquefois matité complète.

Ces deux signes vraiment importants, la douleur et le ballonnement du ventre, s'accompagnent d'autres symptômes, vomissements, diarrhée, couleur grisâtre des matières fécales, etc. Quant aux symptômes, ils sont connus de tous les praticiens. Notons cependant que la fièvre et l'amaigrissement sont des symptômes constants.

Dans la dernière période de la mé-sentérite tuberculeuse, les signes locaux changeant; le ventre, au lieu d'être ballonné, est au contraire affaissé, à moins d'épanchement. On sent, en déprimant les parois abdominales avec les doigts, des tumeurs dures, arrondies, bosselées, situées profondément, le plus ordinairement vers la partie moyenne du ventre, tumeurs fort différentes des tumeurs stercorales par leur siège, la douleur et la diarrhée qu'elles déterminent. (*Gaz. des Hôpitaux*, avril 1843.)

**PNEUMONIE** (*Sur l'emploi de l'oxyde blanc d'antimoine dans la*). Nous avons longuement et fréquemment entretenu les lecteurs du *Bulletin* sur ce sujet. (Voyez tom. III, IV, V, X, XII). Nous n'y revenons très-succinctement aujourd'hui que pour signaler un plaidoyer nouveau en faveur de cet agent thérapeutique, plaidoyer

qui, quoique reufermant des faits assez nombreux, nous semble un peu trop laudatif en présence des expériences contradictoires publiées par plusieurs médecins des hôpitaux de Paris. Nous tiendrons compte néanmoins des opinions de M. Socquet, médecin suppléant des hôpitaux de Lyon, à qui nous devons le travail actuel.

Dans trois observations, M. Socquet a employé l'oxyde blanc d'antimoine après avoir pratiqué une ou deux saignées qui n'avaient amené aucune modification favorable. Dans la première, l'oxyde blanc d'antimoine opère la résolution d'une pneumonie assez étendue du premier degré en quatre jours. Dans la seconde, deux saignées n'ayant rien produit, et la maladie s'aggravant, l'oxyde blanc est administré et produit une amélioration rapide. La troisième est analogue. Dans trois autres observations, M. Socquet s'est abstenu de toute émission sanguine, il s'est borné au seul emploi de l'oxyde, et cela dans des cas de pneumonie graves, dont l'une était double, dont l'autre occupait la totalité d'un poumon.

M. Socquet ajoute qu'il possède au moins trente observations analogues, ce qui lui donne une immense confiance dans l'emploi de ce médicament. Il l'administre en général à la dose de 4 à 6 grammes dans une potion, opiacée ou non, à prendre par cuillerées toutes les heures. (*Journal de méd. de Lyon*, avril 1843.)

**PSOÏTIS** (*Du diagnostic et du traitement du*). Le psôitis ou inflammation du muscle psoas, désignée aussi, ou plutôt confondue, par plusieurs médecins modernes, sous le nom d'abcès iliaques, est une maladie assez rare pour qu'il soit intéressant d'en rappeler les signes et les moyens de traitement exposés par M. le professeur Fouquier dans ses leçons cliniques. Le signe pathognomonique de la psôite consiste dans la rétraction du membre abdominal qui n'est pas toujours dévié en dehors. Douleur constante dans la fosse iliaque, augmentée par la pression et les mouvements de la cuisse. Fièvre considérable dès le début; élévation de la température de la peau plus grande dans la première période que dans celle de la suppuration, pendant laquelle la peau est plutôt froide que chaude. Pouls petit, serré,

très-fréquent. Quand le malade doit succomber, fièvre hectique, sueurs abondantes, évacuations alvines fréquentes, marasme. Dans les cas d'hémorrhée issue, le poulx se relève, perd sa fréquence, les évacuations alvines diminuent, la suppuration se tarit après s'être écoulée pendant longtemps au dehors. Le pus révèle sa présence dans la fosse iliaque par une tumeur molle, fluctuante, qui se laisse facilement déprimer.

Au début, le psoitis réclame le traitement antiphlogistique, saignées générales et locales, cataplasmes émollients, fomentations. Il importe de s'opposer par tous les moyens convenables à la constipation. Des boissons tempérantes, une diète sévère, complètent cette première partie de la médication. Quand le pus apparaît sous les téguments de la fosse iliaque, on peut ouvrir la tumeur ou attendre que son ouverture se fasse naturellement. M. Fouquier préfère n'évacuer la suppuration que partiellement, afin de s'opposer aux effets du contact de l'air. La marche ne doit être permise que longtemps après la suppression de la suppuration et de la douleur. (*Journal de médecine*, mai 1813.)

**RÉSECTION de la mâchoire inférieure; de l'asphyxie consécutive dans cette opération.** L'un des accidents les plus formidables de la résection d'une partie considérable de l'os maxillaire inférieur, est sans contredit la suffocation qui peut être immédiatement produite par le retrait convulsif de la langue sur le pharynx et l'ouverture de la glotte au moment où les muscles qui la maintiennent en avant viennent d'être coupés. On sait que, signalé par Delpech et Dupuytren, cet accident faillit devenir funeste au professeur Lallemand, de Montpellier, qui, pour remédier à l'asphyxie qui allait en être la conséquence, fut obligé d'ouvrir avec précipitation le larynx : mais ce qui avait échappé à l'observation, au dire de M. Bégin, c'est que la rétrocession ou le pelotonnement de la langue en arrière peut ne se produire que consécutivement, n'entraver que graduellement les fonctions du pharynx, n'altérer enfin les rapports du larynx au point de déterminer l'asphyxie, qu'à l'époque où cet accident ne sembla plus à redouter, et où chirurgien et malade croient la guérison certaine.

C'est là, comme on peut le voir, un point très-important de pratique chirurgicale, sur lequel nous devons savoir gré à M. Bégin d'avoir appelé l'attention, par l'observation suivante.

Chez le nommé *Schmidt*, âgé de 54 ans, et atteint d'une affection cancéreuse de la mâchoire inférieure, M. Bégin réséqua toute la portion de cet os comprise entre son angle à gauche et le col du condyle à droite. Avant de procéder au pansement on put observer la rétrocession linguale primitive : l'aide chargé de maintenir la langue ayant été distrait, cet organe se porta en arrière et s'y pelotonna au point de produire un commencement d'asphyxie qui serait devenue complète si le chirurgien n'eût ramené en avant la langue à l'aide d'un fil qui la traversait. Dès lors les premiers accidents ne présentèrent rien de grave; seulement le second jour la déglutition devint difficile; on dut passer une sonde dans l'œsophage: on put ainsi nourrir le malade avec des boissons et des aliments semi-liquides. Tout alla bien jusqu'au onzième jour; seulement de temps en temps la respiration était laborieuse. L'opéré fut pris alors subitement d'un violent accès de suffocation: le chirurgien de garde appelé aussitôt le trouva la tête renversée, la face livide, les lèvres blêmes, les yeux hagards, la respiration haute et suspicieuse, le poulx petit et concentré. Après avoir essayé de quelques stimulations extérieures, il ôta la sonde, mais les accidents continuèrent, et malgré l'emploi des moyens les plus actifs, en quatre heures la mort eut lieu.

L'examen anatomique fut fait avec le plus grand soin, trente-six heures après la mort: à l'aide d'une incision pratiquée le long de la région latérale droite du cou, de manière à pénétrer jusque dans le pharynx et l'œsophage sans altérer aucun rapport, on put constater que la glotte, directement inclinée en arrière, était en contact avec la paroi postérieure du pharynx qui lui formait une sorte d'opercule; que l'os hyoïde, au lieu d'être horizontal, avait une direction parallèle à l'axe du cou; enfin, que la langue entraînée vers le fond de la gorge, y formait une sorte de globe, assez semblable à la partie moyenne d'un muscle fortement contracté. Les bords de la glotte étaient légèrement tuméfiés; un liquide spumeux occupait les bronches; le parenchyme pulmo-

naire était enroulé, surtout du côté droit; les cavités droites du cœur et les veines contenaient beaucoup de sang. Il est bien évident que l'asphyxie seule a pu causer la mort, et pour comprendre le mécanisme sous l'influence duquel la première a dû s'opérer, il suffira de considérer les changements de rapport et de situation présentés par le pharynx, la langue et l'orifice supérieur du larynx. On conçoit alors comment par l'action des muscles stylo-hyoïdiens, des faisceaux postérieurs des digastriques, et médiatement par le styloglossé, le larynx porté en arrière ne tarde pas à s'arc-bouter contre la colonne vertébrale, et à subir un mouvement de bascule de bas en haut et d'arrière en avant : en même temps l'os hyoïde se redresse dans ce même sens, en prenant pour point d'appui ses deux branches; avec lui la langue s'incline par sa base en arrière; et par suite de ce renversement du larynx la glotte, d'horizontale qu'elle est, se rapproche de la direction verticale et finit par se mettre en rapport avec la partie postérieure du pharynx, ainsi que l'a démontré l'histoire de notre malade. Quant à l'énergie des forces musculaires qui déterminent le résultat, elle s'explique aisément par le fait même de l'opération que le malade a subie et dont l'effet le plus direct a été de détruire tous les muscles insérés soit aux apophyses géni, aux fossettes digastriques, et à la ligne myloïdienne, et de rompre ainsi l'antagonisme qui existait entre eux et les autres muscles de la partie postérieure que nous avons indiqués.

M. Bégin regarde la rétraction consécutive dont il s'agit comme étant analogue à celle qui produit la contracté des moignons : elle est d'autant plus à craindre que la résection se rapproche davantage des angles de la mâchoire : elle ne cesse qu'à mesure que la plaie antérieure se consolide et que les extrémités divisées des muscles correspondants reprennent, sur le tissu nodulaire de la cicatrice, de nouveaux points d'attache. Pour prévenir l'asphyxie dans les cas analogues à celui rapporté par M. Bégin, ce chirurgien conseille de former une sorte de mâchoire inférieure artificielle avec un fil métallique solide, partant de la nuque, passant au niveau et à une distance convenable de la plaie, et fixé à l'aide de quelques jets de ruban : sur le milieu de ce cercle doit être attaché le fil qui tra-

verse la face inférieure de la langue, maintenue dès lors mécaniquement comme elle l'était par ses adhérences normales, jusqu'à ce que la nature l'ait fixée de nouveau par les tissus qu'elle tend à organiser. Le fil d'attache doit être en caoutchouc, et sa tension sera calculée de manière à permettre les mouvements de déglutition et à s'opposer seulement à ce que la langue s'éloigne trop en arrière. Chez deux opérés l'auteur mit ces préceptes en pratique, et dans les deux cas la guérison fut obtenue sans la plus légère menace de suffocation. M. Bégin ajoute que la rétrocession consécutive de la langue est encore souvent favorisée par le mode de pansement : ainsi il rejette les moyens forcés de réunion d'un côté à l'autre entre les bords de la plaie faite au cou et au menton; il fait remarquer que lorsqu'on tire la peau pour la ramener vers le centre de la région cervicale, on comprime les organes qui y sont situés en les appliquant contre la colonne vertébrale; ainsi veut-il qu'on n'ait recours qu'à des pansements doux, simplement contentifs, qui ne provoquent ni éréthisme dans le système nerveux, ni contraction dans les muscles, et assurent la guérison sans laisser des difformités plus grandes ou plus difficiles à réparer. — D'accord avec M. Bégin sur les avantages de son cercle métallique simulant l'os maxillaire inférieur, nous ne sommes plus de son avis relativement au conseil qu'il donne dans la dernière conclusion de son mémoire : nous n'admettons pas que la difformité consécutive à une résection de la mâchoire sera la même, qu'on ait pu réunir ou non par première intention. Cette opinion de notre honorable confrère nous semble en opposition avec ce que l'observation nous a démontré fréquemment, et c'est pour nous une complication toujours fâcheuse de l'opération, que l'impossibilité où l'on se trouve quelquefois de former les lambeaux cutanés assez étendus pour pouvoir réunir par leurs bords et recouvrir complètement les parties profondes. (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, avril 1843.)

**RHUMATISME AIGU** (*De l'emploi du gayac en poudre dans le traitement du*). Dans un espace de temps fort court nous avons entendu successivement vanter des méthodes de traitement nombreuses et di-

verres contre le rhumatisme aigu. Les onctions mercurielles, le nitre à haute dose, les saignées coup sur coup, le tartre stibié, l'opium, le sulfate de quinine, l'iode de potassium ont été tour à tour préconisés dans ces derniers temps, et chacun apportait en preuve son contingent de faits. Voici encore une méthode sinon nouvelle, du moins exhumée du profond oubli où elle était plongée et qui arrive escortée aussi d'un nombre d'observations qui serait suffisamment considérable si la qualité répondait à la quantité. Malheureusement il n'en est rien, et M. E. Péraire, auteur de ce travail, nous semble s'être fait illusion complète sur la valeur des faits qu'il invoque. Nos lecteurs partageront certainement notre opinion après les deux citations suivantes qui sont la première et la sixième observation de l'auteur :

« La dame Lass... est douée d'une forte constitution. Elle ressentait, depuis bien des années, des douleurs rhumatismales vagues, tantôt articulaires, tantôt fibre-musculaires. Étant sortie de chez elle dans les premiers jours de janvier, par un temps très-pénetrant, elle eut froid et ressentit les douleurs habituelles aux lombes, et dans la cuisse gauche. Elle éprouva en même temps une dyspnée très-prononcée et une douleur dans la région précordiale, que la pression rendait plus sensible. Les mouvements du cœur étaient précipités, le pouls plein, dur, fréquent. (Large saignée du bras, 360 grammes; cataplasmes sur le thorax, boisson diaphorétique; légère transpiration dans la nuit.) Le sang est couenneux; le caillot est ratatiné; la douleur persiste. (Nouvelle saignée copieuse. La douleur lombaire continue. (Bain de vapeur émollient; il est pris avec peine; petit-lait nitré; lavements sédatifs; diète.) La douleur s'irradie vers la région épigastrique, qui est sensible au toucher. La respiration est encore gênée. Le cinquième jour de l'invasion, je prescrivis le gayac en poudre à la dose de 3 grammes par jour. Il fatigue un peu l'estomac à cette dose, je la réduis à 2 grammes. Au bout de quatre jours, les symptômes rhumatismaux ont perdu leur intensité, ils se sont dissipés peu à peu, après sept jours de son emploi. »

Un rhumatisme contre lequel on a employé deux larges saignées, des

cataplasmes, un bain de vapeur, le petit-lait nitré, des lavements sédatifs (avec l'opium sans doute), et puis le gayac, peut-il être invoqué comme témoignage en faveur de cette dernière substance?

« M<sup>me</sup> Malp... est sujette aux douleurs rhumatismales vagues. Elle éprouve une douleur subite vers le grand trochanter, très-sensible à la moindre pression. J'administre d'emblée le gayac en poudre, 2 grammes par jour, conjointement avec les *fontementations narcotiques*; il est continué pendant sept jours, et la malade ne se plaint plus de rien ressentir. »

De bonne foi, peut-on voir là un rhumatisme aigu? Et que peuvent prouver de pareilles observations? (*Gaz. méd. de Paris*, mai 1843.)

**RHUMATISME CHRONIQUE** (*De l'emploi des bains froids, suivant la méthode de Prienitz, dans le traitement du*). M. le professeur Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, n'a pas reculé devant l'expérimentation de l'hydrothérapie. Il l'a appliquée au traitement du rhumatisme chronique à différents degrés, et ce sont les résultats qu'il en a obtenus que nous allons faire connaître d'après la relation qu'en a publiée M. le docteur Barrier.

Dans l'emploi de l'hydrothérapie, M. Bonnet s'est conformé aux méthodes de Prienitz, qui veut qu'on fasse précéder l'immersion dans l'eau par une transpiration abondante. La première observation est relative à un rhumatisme chronique sans altération anatomique, siégeant dans plusieurs articulations, chez un homme vigoureux de 35 ans. Du 27 décembre au 15 janvier, le malade ayant pris quinze bains froids, parut entièrement guéri. Dans la seconde, il s'agit d'un homme de 25 ans, présentant un rhumatisme sub-aigu, datant de deux mois, sans altération anatomique, dans plusieurs articulations, avec hydarthrose considérable dans le genou gauche; cinq bains froids suffirent pour guérir le rhumatisme et dissiper l'hydarthrose. La troisième concerne un homme de 45 ans, affecté de rhumatisme chronique datant de dix ans, avec des altérations anatomiques graves et nombreuses; hydarthrose des deux genoux, des deux articulations médio-tarsiennes et de celle du poignet droit, gonflement sans hydarthrose



de plusieurs articulations des doigts, luxation spontanée du cubitus en arrière. Après dix-sept bains froids, tous ces accidents étaient dissipés, à l'exception de la luxation spontanée. Enfin, la quatrième est relative à un homme de 33 ans, portant un rhumatisme datant de cinq mois et demi, disséminé dans diverses articulations et produisant des douleurs atroces. Vingt-six bains froids ont amené la disparition de tous les symptômes, excepté de ceux qui annonçaient l'absorption des cartilages.

Ces faits paraissent à M. Bonnet assez concluants pour ne pas permettre de douter de l'efficacité de l'hydrothérapie dans un bon nombre de cas de rhumatisme chronique. Si l'on voulait expliquer sa manière d'agir, il ne serait pas difficile d'en justifier l'emploi, soit par des aperçus théoriques de physiologie pathologique, soit en citant des auteurs dont les noms font autorité dans la science. Sur ce dernier point, on peut consulter Barthez, qui, dans sa *Monographie des maladies gouteuses*, parle des avantages que les bains froids peuvent avoir dans plusieurs circonstances, et cite quelques auteurs qui les ont employés avec succès. M. Bonnet pense que, dans les cas soumis à son observation, l'efficacité de l'eau froide s'explique principalement par le rétablissement des fonctions de la peau comme organe de la calorification et d'exhalation.

Plusieurs autres malades ont été soumis à l'hydrothérapie, et sont déjà en voie de guérison. Enhardi par ces premiers succès, M. Bonnet y a maintenant recours, même dans les cas de véritables tumeurs blanches, et, sans espérer que ce mode de traitement puisse seul procurer la guérison de ces maladies, il a lieu d'être satisfait des résultats que ce traitement lui a déjà fournis. Nous avons toute confiance en un homme aussi distingué que M. Bonnet; néanmoins nous faisons nos réserves sur les avantages de l'hydrothérapie dans le rhumatisme. (*Gazette des Hôpitaux*, avril 1843.)

**SYPHILIS** (*Sur l'emploi des préparations d'argent dans la*). Les préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes ont subi le sort de presque toutes les médications, à l'exception du mercure, qu'on a cherché à opposer à ces

maladies. Préconisées par les uns qui disent en avoir retiré de grands avantages, rejetées par les autres qui les ont trouvées impuissantes, elles n'ont pu, par cette cause même, entrer dans la pratique générale. Tandis que M. le professeur Serre, de Montpellier, leur donne la préférence sur toute autre médication, M. Ricord, à Paris, n'en a retiré que des avantages si faibles qu'il a renoncé à leur emploi. Nous avons exposé avec soin tous ces résultats contradictoires (Voyez tome XI). Entre deux opinions si également recommandables, la prudence exige d'attendre des faits plus nombreux et une expérimentation pratiquée sur une large échelle. En attendant, nous ferons connaître en peu de mots les opinions d'un partisan des préparations d'argent, M. Salvolini, qui les trouve moins irritantes pour l'estomac et les poumons que le mercure et l'or, auxquels il reconnaît encore l'avantage de ne pas exciter la salivation, et d'être d'un prix plus à la portée des malades. Avec M. Serre, M. Salvolini préfère le chlorure et le chlorure ammoniacal d'argent à l'oxyde, au cyanure et à l'iodure, ainsi qu'au métal divisé; mais il en donne des quantités plus considérables. Voici ses formules les plus habituelles : chlorure d'argent, 1/10 de grain pour une friction sur la langue; répétez cette friction quatre ou cinq fois par jour. Pour les ulcères et les végétations, couvrez les parties malades avec un plumasseau enduit d'une pommade faite avec l'oxyde d'argent. — Iodure d'argent, 1/10 de grain pour une pilule dont on prend cinq par jour. Au bout de six jours, la quantité est portée à 1/6 de grain pour chaque pilule dont on prend quatre. — Cyanure d'argent, 1/10 ou 1/8 de grain pour une pilule. Même dose pour le chlorure ammoniacal d'argent.

Malheureusement ce travail n'est pas très-riche en observations, car il n'en renferme que quatre relatives à des accidents divers, tels que végétations, gonorrhée, ulcères, condylomes, guéris au moyen de préparations d'argent en un temps généralement assez court. (*Gaz. méd. de Paris*, avril 1843.)

**TÆNIA** (*Extrait éthéré de racines de fougère mâle contre le*). Déjà depuis longtemps les propriétés ténifuges de la racine de fougère mâle

étaient bien constatées; mais ce médicament avait été détrôné par un remède plus héroïque, l'écorce de racine de grenadier : celle-ci ne devait pas jouir longtemps de son triomphe; la pharmacie, qui fait tant de progrès depuis un quart de siècle, prépara avec la racine du fougère mâle un extrait éthéré analogue à l'extrait de cantharides par l'éther, et ce médicament nouveau, qui sous un très-petit volume réunissait toutes les propriétés d'une masse considérable de poudre ou de décoction, rendit à la fougère mâle son antique réputation.

M. Trousseau trace ainsi les règles à suivre dans l'administration de ce médicament. S'il s'agit d'un adulte, deux ou trois jours à l'avance on le mettra à une diète assez sévère, et le matin du troisième ou du quatrième jour, on lui fera prendre 6 grammes d'extrait en trois fois, en laissant une demi-heure d'intervalle entre chaque dose. Cet extrait sera pris dans du pain à chanter, dans du sirop, dans de l'eau sucrée. Une demi-heure après l'administration de la dernière dose, on fera prendre en une seule fois 40 grammes d'éther sulfurique et une demi-heure plus tard un looch blanc avec 3 gouttes d'huile de croton-tiglium, ou bien encore 60 grammes d'huile de ricin, ou bien un mélange de 5 centigrammes de calomel et de 2 grammes de poudre de jalap. Si le ténia n'est pas expulsé, on recommence encore deux fois de la même manière, en laissant quatre ou cinq jours d'intervalle, et si ce moyen reste inutile on laissera pendant un mois reposer le malade pour reconstruire à un autre ténifuge.

Quand il s'agit d'un enfant, on lui fait observer la diète, puis on lui donne, le matin à jeun, 1 à 2 grammes d'extrait de fougère; une heure après, 10 grammes de sirop d'éther, et une demi-heure plus tard, ou 25 grammes d'huile de ricin, ou un mélange de 25 centigrammes de calomel et de 50 à 75 centigrammes de poudre de jalap. — Ce traitement nous paraît d'une énergie dangereuse peut-être; ajoutons que la décoction d'écorce de racine fraîche de grenadier n'a que rarement manqué son effet contre nos maux contre le ténia. (*Gaz. des hôpitaux*, avril 1843.)

**TUMEUR ÉRECTILE traitée avec succès par le procédé de M. Lallemand.** En 1835 le professeur Lallemand publiait dans les *Archives gé-*

*nérales de médecine* un mémoire dont le but était de prouver qu'on pouvait obtenir la guérison des tumeurs érectiles en provoquant une inflammation aiguë qui ramène le tissu accidentel à l'état normal, résultat bien préférable à l'ablation des parties affectées. Aujourd'hui ce chirurgien rapporte dans le même journal de nouvelles observations qui viennent encore à l'appui de la théorie qu'il a émise. Nous ne citerons que le fait suivant, qui nous paraît surtout digne d'intérêt, en ce que plusieurs années après l'opération on a pu constater la persistance et l'intégrité de la guérison. *Obs.* Il y a trois ans, je fus appelé par M. Cauvière, de Marseille, pour une tumeur érectile développée à la lèvre inférieure sur une petite fille de huit à neuf ans. La maladie avait commencé par une petite saillie rouge vers le milieu du bord libre de la lèvre inférieure; elle s'était étendue peu à peu jusqu'aux deux commissures en descendant vers le menton, et avait acquis dans l'état de calme l'épaisseur d'un pouce. A la moindre émotion de la malade, cette tumeur s'étendait dans tous les sens avec une rapidité incroyable. Je traversai la tumeur dans tous les sens avec une centaine de ces épingles extrêmement longues et déliées que les entomologistes emploient pour fixer les petits insectes. J'entourai toutes ces épingles d'un réseau de fil ciré, afin que l'action fût uniforme et étendue à toutes les parties de la tumeur: je coupai les pointes de ces épingles au niveau des fils cirés. Le lendemain, tout ce qu'on pouvait apercevoir du tissu morbide était bleuâtre et d'un rouge violacé, l'inflammation était établie partout, et bientôt elle suivit la marche que j'avais indiquée. Ses résultats définitifs furent beaucoup plus heureux que les parents et les médecins présents ne l'avaient espéré. J'ai vu récemment cette jeune fille, qui approche de la puberté, et dont la beauté est remarquable. Voici ce que j'ai constaté : la lèvre inférieure est revenue à l'état normal dans toute son étendue; elle a conservé sa dimension et ses mouvements ordinaires; on n'y distingue plus aucune trace de la maladie qui marchait avec une rapidité si effrayante, et, depuis trois ans, rien n'a pu faire craindre une récidive; bien plus, à moins de savoir ce qui s'est passé et d'y regarder de très-près, on ne re-

marque sur la lèvre aucune trace de l'opération, et cela se conçoit, puisqu'elle n'a consisté que dans l'introduction d'une centaine d'épingles très-déliées, qui n'ont provoqué

qu'une inflammation aiguë dans toute l'étendue de la tumeur, sans y produire aucune perte de substance. (*Arch. gén. de méd.*, avril 1843.)

## VARIÉTÉS.

Nous avons pu croire que l'Académie de médecine allait prendre en considération le vœu exprimé par la presse, qu'elle adressât aux Chambres une pétition contre l'impôt de la patente des médecins. Sur la proposition d'un de ses membres, une commission avait été déjà nommée à cet effet, et tout pouvait faire espérer une démarche qui, à nos yeux, aurait eu une grande utilité. Malheureusement il n'en a pas été ainsi. Quelques personnes qui, par la spécialité de leurs études administratives et réglementaires, jouissent d'une grande autorité à l'Académie, ont fait croire à cette compagnie qu'elle ne possédait pas le droit de pétition, qu'instituée pour s'occuper uniquement de science et de pratique, elle ne pouvait, sans usurpation, s'immiscer dans des questions de finance. La majorité a été de cet avis : tout projet de pétition a été écarté, et l'Académie ne fera connaître à qui de droit son opinion sur la patente que par l'envoi d'un extrait du rapport fait par M. Double il y a quelques années, où cette question, du reste, fut examinée avec cette largeur de vues et cette puissance de logique qui caractérisaient notre éminent et regrettable confrère.

Nous pensons qu'en cette occasion l'Académie a dépassé les limites de la prudence. Nous n'avons pas été convaincu le moins du monde par les arguments qu'on a fait valoir pour la faire s'abstenir de son intervention; nous croyons, au contraire, qu'une démarche directe et actuelle était dans ses droits, nous dirons même dans ses devoirs; et nous estimons que les Sociétés médicales de province, qui ne se sont pas laissées arrêter par ces considérations, ont mieux apprécié les intérêts du corps médical. L'occasion était d'autant plus opportune, et aurait eu d'autant plus d'influence sur la Chambre, que le rapporteur de la nouvelle loi sur les patentes, l'honorable M. Vitet, a conclu en faveur de nos réclamations, et demande pour nous la suppression de l'impôt de la patente. Mais la session est bien avancée, de nombreux projets de loi sont à l'ordre du jour, et nous craignons bien que nos lourdes charges ne soient encore inscrites au prochain budget.

Tel est en ce moment l'état des choses : c'est une raison de plus pour redoubler d'ardeur et de zèle; donc, que ceux de nos confrères qui

n'ont pas encore fait connaître leur adhésion aux pétitions nombreuses parties de tous les coins de la France, s'empressent de se mettre en rapport avec les Sociétés médicales de leur circonscription. Il en est temps encore; plus nos réclamations seront nombreuses, plus elles seront écoutées.

— *Personnel médical de la maison du roi.* Voici comment se compose le personnel médical de la maison du roi : MM. Fouquier, médecin du roi; Pasquier père, chirurgien du roi; Pasquier fils, chirurgien ordinaire. — Médecins consultants : MM. Audral fils, Chomel, Delarochette, Duméril, Ferras, Guersant, Husson, Keraudren, Lehelloc, Orfila, Roger, Renaudin. — Chirurgiens consultants : MM. Bégin, Blandin, Breschet, Cloquet, Guillon, Hernez, Jobert, Langier, Marjolin, Moreau, Roux, Velpeau. — Médecins par quartier : MM. Marc, Ribes fils, Horteloup, Behier. — Chirurgien dentiste honoraire : M. Bousquet. — Chirurgien dentiste : M. Oudet. — Dentiste consultant : M. Buchez. — Médecin des Tuileries : M. Marchand. — Médecin des écuries : M. Tessier. — Médecin de l'Infirmerie royale : M. Paris. — Médecins adjoints : MM. Godirot et Boussonard.

— La Société de médecine de Paris décernera un prix de 500 francs à l'auteur du meilleur Mémoire sur l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques. Les Mémoires doivent être adressés, avant le 1<sup>er</sup> janvier 1844, au secrétaire général M. le docteur Prus.

— M. Falret, médecin en chef de l'hospice de la Salpêtrière, a commencé, le 15 mai, dans cet hospice, un cours de clinique et de pathologie générale sur les aliénations mentales et les affections nerveuses.

— Le concours ouvert à Lyon, le 6 avril, pour la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, est terminé. M. Barrier a été nommé à l'unanimité moins une voix.

— M. Mélier vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine dans la section de pathologie médicale.

— M. le docteur Bulloz, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine de Besançon, vient d'être nommé professeur de clinique interne et directeur de cette école, en remplacement de M. le docteur Vertel, démissionnaire.

— M. Cauvy, préparateur à la Faculté des sciences de Montpellier, a été nommé professeur adjoint à l'École de pharmacie de cette ville. Il occupera la chaire de physique.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### CONSIDÉRATIONS SUR L'ANGINE GANGRÉNEUSE ET SUR SON TRAITEMENT.

Une étude plus attentive et plus précise des lésions que l'affection diphthéritique laisse dans les tissus qu'elle frappe, a surabondamment démontré que les anciens ont très-souvent confondu l'angine gangréneuse avec cette maladie. Jurine, un des premiers, dans sa remarquable dissertation sur le croup, a signalé cette confusion : M. Bretonneau est venu ensuite, qui, plus versé dans les recherches d'anatomie pathologique, a fait toucher du doigt les causes de l'erreur dans laquelle tant d'auteurs d'ailleurs recommandables étaient tombés ; il a fait voir que dans un certain nombre de cas de diphthérie, soit que les fausses membranes, qui sont le caractère anatomique de cette maladie, fussent bornées au pharynx, soit qu'elles s'étendissent jusque dans le larynx et la trachée-artère, ces productions morbides se montrent sous une apparence qui en impose pour une gangrène réelle ; elles ont une couleur grisâtre ou diversement nuancée par l'exsudation sanguine, qui a son siège dans la membrane muqueuse sous-jacente, et qui leur donne l'aspect des tissus convertis en un détritus gangréneux ; que si, dans ces cas, on ne s'arrête point à cette écorce de la maladie, si nous pouvons ainsi dire, et que, comme l'a fait le médecin de Tours, on enlève le produit morbide plastique, on trouve la muqueuse avec son organisation normale, ou parfaitement saine, ou simplement injectée, rarement avec une diminution sensible de sa consistance physiologique. En présence d'un résultat si positif, et dont aucune idée préconçue ne saurait altérer la netteté, il n'est pas permis de contester d'une manière absolue la conséquence à laquelle s'est arrêté le médecin que nous venons de citer. Mais s'il est vrai que dans un certain nombre de conditions, qui restent encore à déterminer, l'angine membraneuse n'offre qu'une fausse apparence de gangrène, et que dans un bon nombre d'épidémies, rapportées par les auteurs sous le nom d'angine maligne, il ne faille voir rien autre chose que des diphthérites pharyngiennes ou croupales, faut-il admettre avec M. Bretonneau que tous les auteurs sont tombés dans une erreur commune, et que l'angine gangréneuse, l'angine maligne, l'angine de Fothergill est un être de pure raison ? Nous ne le pensons pas. Dans un ouvrage tout récemment

publié, par MM. Barthès et Rilliet (1), cette question est sérieusement étudiée et résolue dans le sens négatif. Nous croyons que les auteurs du *Compendium*, qui ont examiné la même question, l'ont traitée d'une manière beaucoup plus large, et sont arrivés à une solution opposée, sont plus dans le vrai. Depuis que l'anatomie pathologique nous a découvert un côté des maladies à peu près inconnu des anciens, la critique médicale a vu s'ouvrir devant elle un immense horizon ; tous les travaux de nos prédécesseurs ont été jugés au point de vue de cette science nouvelle, qui est devenue une sorte de critérium infaillible. Nous l'avons dit plus d'une fois, si, en appliquant à cette critique les données précieuses fournies par l'anatomie morbide, on a victorieusement réfuté un grand nombre d'erreurs graves, en s'exagérant la portée de ces données, on a été conduit à nier systématiquement un grand nombre de faits, et quelques conceptions qui, pour être en dehors de la compétence de la science des lésions cadavériques, n'en conservent pas moins une valeur réelle. Si parmi nos contemporains il s'est rencontré tant d'auteurs qui ont nié d'une manière si absolue la réalité de l'existence de l'angine gangréneuse, cela dépend, suivant nous, de ce que tous les auteurs se sont tenus au point de vue exclusif de cette critique étroite, qui a converti en une sorte de lit de Procuste l'anatomie pathologique.

Lisez ces auteurs avec quelque attention, et vous ne pourrez vous empêcher de faire cette remarque : c'est que tous ne comparent les résultats de leurs études particulières avec ceux des travaux des médecins qui les ont précédés, que sous un rapport, celui des lésions rencontrées après la mort. Si ces messieurs mettaient quelque courtoisie, quelque générosité dans leur critique, ils reconnaîtraient tout d'abord que l'anatomie pathologique n'étant encore que fort incomplètement cultivée à l'époque des travaux qu'ils entreprennent de contrôler, ce n'est pas sur ce point qu'ils doivent principalement faire porter leur critique. Les causes sous l'influence desquelles les maladies se développent, l'action des constitutions médicales, la marche, le développement, la coordination des symptômes, les mouvements critiques, les modifications déterminées dans les phénomènes par les agents thérapeutiques employés, voilà la face de la question qui, avant que l'étude des lésions anatomiques n'absorbât toute notre attention, était admirablement étudiée ; c'est là par conséquent, et là presque uniquement, qu'une critique sévère, une critique dégagée de toute rivalité mesquine, une critique animée de l'amour vrai de la science ; c'est là, dis-je, qu'une telle critique doit chercher à saisir la pensée des hommes

(1) *Traité des maladies des enfants*, tome I, page 285.

dont elle étudie les travaux. Or, pour nous borner à la question dont il s'agit en ce moment, a-t-on suivi les règles de cette saine critique, lorsqu'on a déclaré que l'angine gangréneuse de Severinus, de Fothergill, Huxam, Marteau, etc., n'était autre chose que la diphthérie pharyngienne ou croupale avec une exsudation sanguine qui en masquait les véritables caractères? Incontestablement non. On se moque de l'ignorance de ces auteurs de recherches d'anatomie morbide; on leur reproche de confondre les lésions les plus grossières avec l'état physiologique, de s'arrêter à la surface des organes renfermés dans les cavités splanchniques, au lieu de les explorer dans leur profondeur; de ne donner que des descriptions tronquées des altérations qu'ils reconnaissent; puis, cela posé, c'est surtout avec ces éléments qu'on veut reconstruire le sens de leur propre observation: c'est s'opiniâtrer à lire des hiéroglyphes, quand on a sous les yeux des caractères vulgaires qui traduisent la pensée d'un auteur. Lorsqu'il s'agit de prononcer sur la question de la réalité de l'angine gangréneuse, tenons donc compte des descriptions que les auteurs anciens nous ont laissées des lésions anatomiques rencontrées dans cette maladie, mais ne basons pas uniquement sur cet élément notre critique diagnostique. Les observateurs distingués que nous venons de citer n'ont pas appuyé leur jugement, que nous prétendons à réformer, sur cette base unique; ils ont largement discuté les causes du mal qu'ils observaient, ils nous ont surtout laissé d'admirables résultats thérapeutiques; les émétiques surtout ont obtenu entre leurs mains les plus remarquables succès. Aujourd'hui, comme alors, ce sont encore ces agents qui, habilement maniés, exercent l'influence curative la moins douteuse dans la diphthérie croupale principalement. Mais comparez les chiffres qui jusqu'à un certain point traduisent cette influence que citent ces auteurs et que nous pouvons citer nous-même, et dites-moi la cause de l'immense différence qui jaillit de cette comparaison. Lorsqu'un croup membraneux bien caractérisé vient à disparaître sous l'influence d'une médication vomitive énergique, nous signalons ce fait avec admiration, heureux que nous sommes si le scepticisme ne vient pas révoquer en doute la réalité du mal, et ne s'opiniâtrer à ne voir là rien de plus qu'une simple angine striduleuse. Comparez ces résultats mesquins contestés avec ceux de Severinus, et surtout ceux d'un homme dont le caractère garantit la vérité de toutes ses assertions, Fothergill. Voici comment Vieq-d'Azir rapporte, d'après le docteur Elliot, le panégyriste du quaker de Carrend, les circonstances au milieu desquelles ce médecin célèbre trouva et appliqua sa méthode (1).

(1) *Éloges historiques* de Vieq-d'Azir, tome II, page 223.

« Un mal de gorge gangréneux, après avoir fait périr quelques enfants à Londres en 1739 et en 1740, reparut en 1742, et devint épidémique en 1746 : un virus âcre et putride en constituait la nature ; son cours était rapide, et la gangrène survenait en très-peu de temps. Les ravages de cette épidémie commençaient à répandre de l'effroi, parce qu'on n'avait pas encore déterminé les remèdes convenables à son traitement. La même maladie avait été observée à Naples par Severinus, et elle avait surtout été bien décrite par les médecins espagnols. M. Fothergill remarqua que la saignée accélérât ses progrès, que les purgatifs augmentaient la fluxion, et que les rafraîchissants diminuaient les forces vitales déjà affaiblies : il fit de nouveaux essais, qui le conduisirent à une méthode heureuse. Les vomitifs donnés avec ménagement, une petite quantité de vin ajoutée aux boissons, les acides minéraux, qu'il préféra dans ce cas aux acides tirés des végétaux, et les amers furent les moyens qu'il substitua aux premiers, et il guérit presque tous les malades confiés à ses soins. »

On ne peut révoquer en doute la vérité de ce dernier résultat ; c'est Fothergill lui-même qui l'a formellement énoncé, et, nous le répétons, la sévérité des principes de ce grand homme le met à l'abri de tout soupçon d'exagération dans l'appréciation qu'il fait d'une méthode thérapeutique par lui employée. Or, quand cet auteur nous dit qu'il a guéri par la médication indiquée presque tous les malades confiés à ses soins, est-il possible qu'il se soit agi dans ce cas de la diphthérie pharyngienne ou croupale ? évidemment, non. S'il nous était permis de juger du point de vue de cette critique tous les faits que les anatomo-pathologistes ont déclarés d'une manière absolue se rallier à la diphthérie ; s'il nous était permis de discuter un grand nombre de cas d'angine gangréneuse rapportés par les anciens, en les considérant sous le triple rapport de l'étiologie, de la symptomatologie et de la thérapeutique, il nous serait facile de montrer que les modernes, fascinés par le prestige de l'anatomie morbide, n'ont dans tous ces cas étudié qu'une face de la question, et n'ont pu par conséquent saisir qu'une partie de la vérité ; mais ne voulant pas nous engager trop loin sur le terrain de la critique, nous nous bornerons sur ce point aux simples réflexions qui précèdent, et nous nous hâterons de demander à l'observation directe quelques renseignements plus positifs encore sur la réalité de l'angine gangréneuse.

Durant l'hiver de 1840, nous avons eu occasion d'observer deux enfants en bas âge, l'un âgé de deux ans, l'autre de quatre ans, chez lesquels cette maladie s'est montrée avec des caractères qu'il était impossible de méconnaître. Voici l'esquisse rapide du fait relatif à l'enfant



de quatre ans, tel que nous l'avons consigné dans nos cahiers de cette époque :

P. Quentin, né d'un père d'une constitution assez forte, d'une mère jouissant habituellement d'une bonne santé, atteinte cependant depuis longues années d'une blépharite chronique, a toujours été assez délicat ; assez mal nourri, couchant au rez-de-chaussée dans une chambre froide et humide, il était souvent enrhumé. A la fin de décembre de l'année 1839, il perd complètement l'appétit, se plaint de malaise vague, il a de la diarrhée, les oreilles coulent; en un mot la santé de cet enfant se détraque complètement, et il tombe rapidement dans un état de dépérissement qui alarme ses parents; le 24 janvier, il se plaint de souffrir à la gorge, et refuse non-seulement les aliments, mais même les boissons : c'est alors que je suis mandé à voir le malade. Après avoir constaté les faits que je viens d'indiquer, j'observe les phénomènes nouveaux, qui depuis deux jours seulement se sont développés, et je fais les remarques suivantes : le pouls est fréquent, et très-facilement dépressible, bien qu'ayant encore une certaine ampleur de développement : le cœur, par un contraste que je ne peux m'expliquer, fait entendre des battements très-faibles, éloignés, et qui, pour être saisis, demandent la plus grande attention : la région précordiale percutée n'offre cependant que la matité normale à cet âge de la vie : le faciès pâle, profondément amaigri, porte l'empreinte d'une sorte de vieillesse prématurée. La peau est décolorée dans tous les points, le pourtour des malléoles est légèrement œdématié. Les amygdales sont fortement tuméfiées, mais n'offrent pas cette résistance, cette tension, cette rubéfaction tranchée, qu'elles présentent dans la phlegmasie franche et ordinaire : au degré où la maladie est parvenue, on trouve ordinairement sur la muqueuse pharyngienne ou palatine une ligne fortement injectée, qui marque les limites de l'inflammation; ici on ne voit rien de semblable : à la surface des amygdales on observe trois ou quatre points recouverts d'une matière blanche et cendrée ; la déglutition est impossible ; il n'y a pas de toux, la voix est seulement nasonnée. Je prescris l'application de deux sangsues aux apophyses mastoïdes, un large cataplasme autour du cou. La perte de sang qui suivit cette application de sangsues entraîna une chute rapide des forces : une salive fétide, rougeâtre, coule de la bouche : en essayant de toucher les amygdales avec un liquide astringent, j'enlève les pellicules ci-dessus indiquées, et au-dessous d'elles je trouve des ulcérations dont le fond et les bords sont blafards. Les jours suivants, ces ulcérations se multiplient, les amygdales prennent une teinte livide ; les ganglions sous-maxillaires s'engorgent, et rendent l'exploration de la gorge à peu près complètement impossible : le huitième ou dixième jour du

développement de ces premiers accidents, le malade meurt. Je ne pus obtenir de faire l'autopsie ; je parvins cependant peu de temps après la mort à arracher les amygdales, ou au moins des parcelles de ces organes, qui s'écrasèrent sous mes doigts. Je reconnus aux caractères ordinaires, à l'odeur, à la consistance, un putrilage gangréneux.

Le second cas que nous avons indiqué, et qui est relatif à un enfant de deux ans, nous a présenté la plupart des circonstances que nous avons esquissées dans le cas précédent. La mort a été également la terminaison de la maladie, mais dans un espace de temps plus rapide. Du reste, dans ce cas, nous n'avons non plus observé aucun symptôme qui indiquât l'existence du croup ou de la scarlatine, qui d'ailleurs ne régnait point alors. Que si l'on rapproche ces deux faits et quelques faits qui ont été rapportés par Fothergill, Huxam, Fr. Hoffmann, Quarin, J. et P. Frank, etc., on sera nécessairement frappé de l'analogie qu'ils présentent entre eux. Longtemps avant que ces auteurs décrivissent cette affection, Arétée l'avait signalée à l'attention des observateurs, dans une description qui montre que la maladie ne se borne point toujours au pharynx et aux amygdales : « Id si interiùs in os depascendo serpit, dit-il (1), ad columellam usque pervenit, ipsamque exedit, et linguam etiam occupat et gengivas et frena, id est dentium alveolos, dentesque inde labefactantur, et denigrescunt. In collum etiam phlegmone erumpit ; atque isti haud ita multis diebus post phlegmone, febribus, foetore, inediaque consumpti intereunt. » Dans le dernier cas dont nous venons de parler, nous avons observé une partie des phénomènes indiqués par le médecin grec ; les gencives étaient réduites en une sorte de putrilage dans divers points de leur étendue, une saïie fétide, qui exhalait une odeur gangréneuse évidente, découlait de la bouche d'une manière continue.

Dernièrement encore, un praticien distingué du département de la Seine-Inférieure, M. le docteur Lefebvre, nous a rapporté avoir observé quatre cas d'angine gangréneuse, dans un petit village de la vallée de Braie : cette terrible maladie a frappé coup sur coup les quatre enfants de la même maison, et a borné là son action. Les trois premiers, traités par la méthode antiphlogistique, succombèrent rapidement. Le dernier, traité par trois grains d'émétique et un large vésicatoire à la nuque, a recouvré en peu de temps la santé. Dans ces cas, comme dans ceux qui précèdent, on n'observa aucun symptôme, soit de croup, soit de scarlatine (et ce ne sont pas là des affections sur la nature desquelles un vieux praticien puisse errer) ; le début du mal était

(1) Aræti liber primus, cap. ix, *De tonsillarum ulceribus*.

signalé par de petites ulcérations à fond et à bords grisâtres : ces ulcérations se multipliaient et s'étendaient rapidement; les forces étaient anéanties, et la mort ne tardait pas à survenir. La médication mise en usage dans le dernier cas changea brusquement le caractère de la maladie : les ulcères de mauvais caractère furent sur-le-champ enrayés dans leur marche et leur développement; les forces, au lieu d'aller se déprimant d'instant en instant comme dans les premiers cas, se maintinrent et se relevèrent : une convalescence franche, et qu'aucun accident ne vint entraver, ramena en quelques jours la santé au type normal.

En résumé, quand on applique les règles d'une critique rigoureuse à la discussion des faits relatifs à l'angine gangréneuse, que tant d'auteurs d'un nom si imposant dans la science ont rapportés, il est impossible de ne pas reconnaître que si ces auteurs ont pris pour cette sorte d'angine diverses formes de la diphthérie, il y a un certain nombre de ces faits où il s'agit de tout autre chose que de l'angine pelticulaire. D'un autre côté, quand on apporte dans l'observation directe un esprit dégagé de toute préoccupation systématique, on rencontre de ces faits aujourd'hui comme autrefois, parce que si le point de vue de l'homme change si souvent dans la succession des temps, les lois de la nature ne changent point. Il est très-utile, pratiquement parlant, d'être averti de la réalité d'une maladie, dont au nom des théories modernes on conteste l'existence; car si l'observation ancienne est reconnue vraie, si le jugement de ceux qui nous ont précédés n'a point failli dans l'interprétation des faits, l'expérience du passé n'est point perdue pour nous. Le grand Fothergill reconnaît dans la première moitié du dix-huitième siècle le danger des émissions sanguines, et constate l'efficacité de l'émétique dans l'angine gangréneuse. Cent ans plus tard un médecin obscur répète les mêmes médications, et arrive aux mêmes résultats.—Croyez à une expérience qui donne ses enseignements dans des conditions si opposées : voilà la véritable base de la science pratique.

Max. SIMON.

#### DE L'EMPLOI DES DOUCHES D'AIR MÉDICAMENTEUX DANS LE TRAITEMENT DU CATARRHE DE L'OREILLE.

Le catarrhe de l'oreille n'est pas seulement une maladie incommode quand il s'accompagne, ce qui ne manque presque jamais, de cophose ou de dysécie; il devient quelquefois une maladie fort grave, soit par

les désorganisations locales auxquelles il peut donner lieu, soit par les symptômes redoutables qu'il fait souvent éclater du côté de l'encéphale et de ses dépendances. Cependant la thérapeutique de cette affection est très-peu avancée. Sans doute les travaux d'Itard, et de M. Deleau en particulier, ont jeté dans ces derniers temps un très-grand jour sur ses signes diagnostiques et sur sa méthode thérapeutique; cependant il reste beaucoup à faire encore dans cette double direction, et l'on doit savoir gré aux praticiens qui dirigent activement leurs recherches vers cette espèce d'affection. Nous allons rassembler dans cet article les vues curatives les plus appropriées aux caractères de cette maladie, en insistant plus particulièrement sur l'emploi des douches d'air médicamenteux, recommandées tout récemment comme l'un des agents les plus efficaces de ce traitement. Nous parlerons peu des symptômes de ce catarrhe; ils sont assez connus; ce que nous en dirons n'aura d'autre but que d'en faire mieux ressortir les principales indications.

Il y a en général deux sortes de symptômes dans le catarrhe aigu de l'oreille: les uns apparaissent dans l'ensemble de l'économie; les autres se concentrent sur les différentes parties de l'appareil auditif. Les symptômes généraux ressemblent à tous les catarrhes fébriles, et nous n'en parlerons pas pour cette raison; mais les phénomènes locaux se traduisent par les signes d'une difficulté de l'ouïe plus ou moins appréciable, accompagnée d'une douleur plus ou moins vive, de bourdonnements d'oreille, de céphalalgie, de vertiges. Ces phénomènes cérébraux s'élèvent quelquefois à un si haut point, que le délire s'en mêle et fait craindre avec raison les plus formidables accidents. A ce tumulte, caractère de la période aiguë, succède une rémission plus ou moins notable.

Au terme de cette détente survient, pour l'ordinaire, un écoulement puriforme qui se fait jour par le méat auditif ou par la trompe d'Eustache, et quelquefois par les deux voies en même temps. Tous les symptômes ne disparaissent pas après la rémission précédemment décrite. Il en reste au contraire très-souvent un certain nombre, parmi lesquels les plus communs sont les suivants: la sensation d'une plénitude de l'oreille, un degré plus ou moins prononcé de surdité et un écoulement plus ou moins abondant de matière puriforme à travers le conduit auditif externe. Ces symptômes, qui concourent avec la chute de la fièvre, commencent la période chronique du catarrhe auditif et préparent les voies à l'altération des organes de cet appareil délicat. Heureux quand ils n'aboutissent pas à une surdité incurable et à la lésion bien plus menaçante du centre encéphalique!

Le traitement du catarrhe de l'oreille doit se régler sur les deux périodes que nous venons de décrire. nous voulons parler de son état aigu

et de son état chronique. Dans le traitement de la période aiguë, le praticien ne doit jamais perdre de vue qu'il n'a pas affaire à une inflammation franche, et que l'affection dont il s'agit appartient à la famille des affections catarrhales, c'est-à-dire à cette classe d'affections que l'abus des saignées et des débilitants fait passer rapidement à l'état chronique, et dans lesquelles il faut savoir respecter jusqu'à un certain point les phénomènes fébriles, parce qu'ils sont entre les mains de la nature un des instruments les plus actifs de guérison. Dans la période que nous considérons, il n'est pas moins nécessaire d'abattre une effervescence fébrile trop intense, ce qu'on obtient à l'aide des saignées générales et locales, proportionnées à la violence des symptômes, à l'époque de la maladie, et à la vigueur des malades. Il y a surtout une précaution à prendre en présence de ces symptômes, c'est de soustraire les malades à la fatigue de l'audition, en ayant soin de les placer loin du bruit, de leur parler bas et de les obliger eux-mêmes à ne pas trop élever la voix en parlant. Les moyens débilitants doivent être secondés par d'autres ressources encore plus efficaces, nous voulons parler des vomitifs. Le vomitif, en effet, intervient presque toujours avec le plus grand avantage, non-seulement comme moyen perturbateur général, mais parce qu'il déplace les concentrations fixées sur l'organe auditif, en poussant la sueur et les mouvements organiques du centre à la circonférence; enfin parce qu'il enlève la cause prochaine de la maladie même qui provient, comme on sait, d'une suppression de la transpiration. Les agents topiques, si l'on juge à propos d'en employer pendant cette période, doivent être pris parmi les émollients les plus doux, en ayant soin, quand on a recours à des injections, de pousser celles-ci très-douce-ment, et de n'y pas trop insister si elles irritent au lieu de soulager. On conçoit, sans qu'il soit besoin de le dire, qu'il faut joindre à cet ensemble de moyens les bains de pieds sinapisés, les lavements et les légers purgatifs, qui tendent tous à détourner le mouvement fluxionnaire et à l'appeler loin de l'appareil auditif. Il n'y a donc, comme on voit, aucune difficulté au traitement de la période aiguë. Le point capital, c'est de ne pas trop appuyer sur les émissions sanguines et les autres débilitants, et de ne pas oublier, nous le répétons, qu'il est question ici, non d'une inflammation franche, mais d'une irritation catarrhale. Le traitement de l'état chronique est beaucoup plus difficile et aussi beaucoup plus chanceux. C'est surtout contre cette période que les douches d'air réussissent, quoique ce moyen seul ne suffise pas.

Nous avons annoncé qu'à l'état aigu le catarrhe de l'oreille réclamait avant tout un traitement général, et que le traitement local n'y figurait qu'en seconde ligne. C'est positivement le contraire dans le catarrhe

chronique : ici on a peu besoin de moyens généraux, et tout le traitement consiste dans le concours des moyens locaux avec les moyens dérivatifs et révulsifs. Parmi les révulsifs les mieux indiqués, on ne doit pas oublier les vésicatoires aux bras, les drastiques à petite dose et même les vomitifs réitérés ; mais le plus énergique, surtout quand le catarrhe chronique marche avec une otorrhée considérable, ce qui est très-ordinaire, est le séton à la nuque. Tant qu'on n'a pas employé le séton à la nuque dans le catarrhe chronique, on n'a pas le droit de le réputer incurable, et réciproquement quand le séton a agi pendant un temps suffisant sans amener une amélioration, le catarrhe conserve infiniment moins de chances favorables. Il nous reste à parler en détail des topiques usités concurremment avec les révulsifs : ils peuvent beaucoup dans cette maladie, quoiqu'ils n'y fassent pas tout.

On a eu recours à trois voies différentes pour faire parvenir les agents curatifs dans l'intérieur de l'oreille ; il y a aussi trois espèces de moyens qu'on a mis en pratique à titre de topique de cette cavité. Valsalva, le premier qui ait indiqué la communication entre les cellules mastoïdiennes et l'oreille moyenne, a suggéré l'idée de perforer ces cellules pour guérir la surdité, et d'y pousser des liquides qui sont revenus par le nez et par la bouche ; mais la voie la plus convenable pour arriver dans le sein de la caisse est sans contredit la trompe d'Eustache. On y parvient en introduisant une sonde dans ce conduit à travers les fosses nasales. Nous n'avons pas à nous occuper du mécanisme quelquefois assez difficile de cette introduction ; nous devons supposer ici qu'il est parfaitement appliqué. Enfin la perforation de la membrane du tympan, qui constitue la troisième voie de pénétration pour se faire jour dans l'oreille, ne mérite en aucune manière d'entrer en concurrence avec la précédente. Nous remarquerons toutefois que les trois voies signalées peuvent être pratiquées successivement, lorsqu'on n'a pas réussi par les autres, et que quelquefois l'oblitération de la trompe d'Eustache, l'état des fosses nasales ou de l'arrière-gorge obligent, bon gré, mal gré, à faire choix de l'un ou de l'autre des deux autres.

La structure de la cavité où le médicament doit être introduit ne rend pas moins délicat le choix de la nature et de la forme du médicament. Or, on se sert et on s'est déjà servi, tantôt de liquides, tantôt de liquides vaporisés, tantôt de gaz proprement dits ; et il faut ajouter que ces substances pourront être elles-mêmes médicamenteuses ou former seulement le véhicule de l'agent curatif. Voici le procédé à suivre pour pratiquer les injections liquides : on introduit une sonde dans la trompe d'Eustache à travers les fosses nasales, on fixe la sonde ainsi introduite, après quoi on pousse l'injection dans le canal de la sonde à l'aide d'une

seringue. Les injections de gaz se pratiqueront d'après le procédé suivant : la sonde placée et fixée comme pour les injections liquides, on se munit, en place de seringue, d'une longue fiole de la contenance d'un verre ; le goulot de cette fiole adapté exactement à l'orifice externe de la sonde, la vapeur médicamenteuse qui la remplit échappe par l'orifice inséré dans la sonde, et se rend dans l'oreille interne par cet intermédiaire ; la vapeur qui s'élève peut être, avons-nous dit, médicamenteuse, comme lorsqu'elle résulte de la vaporisation de substances éthérées ; ou bien elle peut n'être que le véhicule de quelque médicament, comme lorsqu'on la charge de principes résineux et balsamiques. L'air enfin, sous forme de douches, a été introduit par un procédé analogue, à titre de médicament, par M. Delean. Quoi qu'il en soit de la forme sous laquelle on introduit le médicament dans l'oreille interne, il paraît certain que cette introduction offre des avantages incontestables dans le traitement du catarrhe chronique. Mais il ne faut pas se borner aux injections seulement, il est nécessaire de les répéter plusieurs fois et d'y insister assez longtemps. M. Hubert, qui a communiqué récemment à l'Académie de médecine un très-beau travail sur le traitement de cette affection, n'administre pas moins de deux douches d'air médicamenteux dans une séance, et il a pu aller jusqu'à huit. Ce médecin se loue beaucoup de l'emploi de la résine, sous cette forme, dans le catarrhe chronique de l'oreille. La quantité consommée dans une fumigation varie depuis 25 à 30 centigrammes de benjoin, et de 10 à 20 de résine élémi. On pourrait y faire servir aux mêmes titres et de la même manière l'encens, le baume de Judée, du Canada ou du Pérou, la myrrhe et le goudron. Il suffit d'avoir indiqué les corps résineux comme fort assortis au traitement du catarrhe, pour que chaque praticien approprie les espèces de résines au caractère, à la période, et aux diverses circonstances de l'affection.

Il faut remarquer que le résultat immédiat le plus ordinaire de ces fumigations médicamenteuses est, comme après la douche d'air atmosphérique seule, une diminution de l'ouïe ; cependant cette diminution n'est que momentanée, et il ne faut pas plus d'une heure pour que l'organe recouvre sa première énergie, et le plus souvent une énergie supérieure. Du reste, il est facile d'apprécier les gains ou les pertes de l'organe malade en calculant les distances diverses auxquelles l'oreille perçoit les mêmes sons. Il nous reste maintenant, pour compléter le sujet de cet article, à rapporter quelques faits saillants sur les bons effets de ces douches médicamenteuses. Ces faits nous sont communiqués par M. Hubert lui-même, qui les a suivis avec la plus grande attention.

I. Un homme âgé de quarante ans, assez bien constitué, portait une surdité bornée à l'oreille droite. Cette surdité, datant d'une douzaine d'années, était arrivée sans cause connue. Itard avait déjà attaqué cette surdité opiniâtre, qu'il avait appelée catarrhale, par les purgatifs et les vésicatoires à la nuque; et, en outre, il avait fait fumer du trèfle d'eau, pratiqué plusieurs cathétérismes de la trompe, et poussé quelques injections liquides. L'été amena une amélioration sensible à la suite de ce traitement. Mais la dysécie revint, quoique moins intense, l'hiver suivant; et, depuis, chaque hiver n'avait pas manqué de l'augmenter. A l'époque où ce sujet fut soumis aux douches d'air médicamenteux, il y a environ huit mois, il n'entendait plus le bruit d'une montre ordinaire qu'au contact. L'oreille externe n'offrait rien de particulier; mais toute la gorge était le siège d'une tuméfaction manifeste, et le timbre de la voix était changé. Le malade pouvait encore, par un effort d'expiration, la bouche et le nez étant fermés, faire pénétrer de l'air dans la caisse du tympan, sans que son introduction améliorât l'ouïe. Cette dernière expérience donna lieu de penser que la surdité avait son siège principal dans la caisse du tympan, puisque le conduit gnttural restait assez libre pour livrer passage à l'air, et que son introduction dans la caisse n'améliorait pas l'ouïe, ce qui serait arrivé infailliblement si le catarrhe eût été borné à la trompe d'Eustache.

L'introduction d'une bougie en gomme élastique de deux millimètres de diamètre par la trompe permit dès la première séance d'injecter de l'air dans la caisse. La dysécie augmenta un peu ainsi que les bourdonnements d'oreille pendant quelques heures après cette opération; mais le surlendemain deux douches de fumée de benjoin procurèrent au malade, douze heures après, la faculté d'entendre les battements de la même montre à dix centimètres de distance, quand la veille encore il ne les entendait qu'au contact. Ce succès enhardit à poursuivre la même méthode. Les résultats continuèrent à être de plus en plus heureux; en sorte, que dans moins d'un mois, et sans aucun autre traitement, le malade a été débarrassé de sa cophose.

Cette observation parle assez d'elle-même. Elle montre une surdité chronique singulièrement amendée pendant l'été, et récidivant en hiver, comme cela arrive en général aux cophoses catarrhales, et guérie en très-pen de temps par des douches d'air chargé de benjoin, quoiqu'elle eût résisté opiniâtrement aux agents énergiques mis en usage par Itard. Un second fait que nous citerons n'est pas moins remarquable. Il présente d'ailleurs quelques particularités que le premier n'offrait point.

II. Une femme de vingt-huit ans, robuste et sanguine, avait une surdité qui ne datait que de quatre ans, mais elle avait fait tant de



progrès que l'audition d'une montre ordinaire n'avait plus lieu qu'au contact et d'un seul côté; des bourdonnements continuels s'y joignaient et augmentaient vers l'époque des règles et dans les temps froids et humides, ce qui dénotait l'origine catarrhale de cette affection. L'oreille externe et la membrane du tympan n'offraient rien de particulier; mais l'arrière-bouche était uniformément tuméfiée et d'une couleur foncée. L'air enfin ne pénétrait dans la cavité du tympan qu'avec beaucoup de difficulté, et son introduction n'améliorait pas l'ouïe. Quelques prises d'ipécacuanha et des gargarismes alumineux dégagèrent la tête et amendèrent l'état de la gorge. En même temps on pratiqua le cathétérisme de la trompe d'Eustache, et on le seconda par des injections d'air simple. Ce traitement fut suspendu pendant quatre ou cinq mois; il fut repris après cette époque avec des vapeurs de benjoin d'abord, puis de myrrhe et de goudron, et enfin de résine élémi. Chaque douche médicameuteuse provoquait dans l'oreille, comme de coutume, une démangeaison qui souvent persistait jusqu'au lendemain. Mais l'état de la malade s'amendait très-rapidement. Elle entendit d'abord le bruit des cloches, puis la sonnerie de sa pendule, puis les cris de la rue; enfin après une dizaine de séances, elle put prendre part à la conversation.

On le voit, le catarrhe de l'oreille, et spécialement le catarrhe chronique, est une affection rebelle, opiniâtre et très-disposée à la récurrence. Les moyens généraux conviennent dans les deux espèces, mais ils conviennent plutôt dans l'état aigu; tandis que l'état chronique se trouve beaucoup mieux d'un traitement local. Parmi les moyens les plus assortis au traitement de la période chronique, il n'en est pas, à ce qu'il paraît, de plus efficace et de plus prompt que les douches d'air chargé de principes résineux.

FUSTER.

NOTE SUR LES PROPRIÉTÉS ANTIBLENNORRHAGIQUES DE L'ALOËS.

M. le professeur Reynaud, chargé en chef du service des vénériens à l'hôpital de la marine de Toulon, ayant bien voulu me confier quelques-uns de ses malades, j'ai eu occasion de faire des essais sur les propriétés antiblennorrhagiques de l'aloès, que M. Sandras a fait connaître dans ce journal. Je viens aujourd'hui exposer à mes confrères les résultats de mes essais.

J'ai soumis six malades à l'usage de l'aloès. Voici le résumé succinct de ces observations :

*Obs. 1.* — Le nommé Chaix (Pierre) entre à l'hôpital le 13 mars

1843, atteint de chancres et d'urétrite ; dans les premiers jours les moyens antiphlogistiques ordinaires furent employés contre l'écoulement urétral, et le dix-huitième jour de son entrée à l'hôpital, je prescrivis les pilules d'aloès, d'après la formule de M. Sandras (aloès 10 centigram., thridace 3 centigrammes, poudre inerte q. s. pour une pilule) et à la dose de deux par jour ; dans les premiers temps, elles déterminèrent quelques légères coliques suivies de selles diarrhéiques, mais la tolérance s'établit bientôt, et le sixième jour, voyant que l'écoulement ne présentait pas d'amélioration, je portai la dose de l'aloès à 60 centigram. par jour ; cette nouvelle dose ne fut pas plus efficace que la première. Le 12 avril, trentième jour depuis l'entrée du malade à l'hôpital, et le douzième depuis l'emploi de l'aloès, j'en suspendis l'usage, pour avoir recours à la potion de Chopart, à la dose de deux cuillerées à bouche ; après dix jours de l'emploi de ce nouveau moyen, l'écoulement était presque entièrement supprimé ; à peine apercevait-on le matin un très-léger suintement que des injections avec parties égales d'eau et de vin firent promptement disparaître. — Les chancres furent combattus par un traitement mercuriel général.

*Obs. II.* — Palan (Joseph), matelot de la frégate l'*Uranie*, entra à l'hôpital le 4 mars. Il était atteint depuis quatre mois d'une urétrite, qui, au dire du malade, avait été très-intense, et accompagnée de pissements de sang et de vives douleurs. Palan n'avait réclamé aucun soin, et continuait à se livrer à des excès vénériens, lorsque le 3 mars survint une orchite gauche très-volumineuse. Le malade se décida alors à entrer à l'hôpital. Des applications locales de sangsues, des bains, des cataplasmes émollients, des boissons délayantes, dissipèrent en peu de temps l'engorgement testiculaire. L'écoulement, que l'orchite avait supprimé, ne tarda pas à reparaitre, et fut combattu par la potion de Chopart dont le malade prit trente-sept cuillerées ; cette préparation n'amena qu'une bien légère amélioration. Je me décidai alors à avoir recours aux pilules d'aloès : ce médicament fut très-bien supporté, et au bout de sept jours, l'écoulement avait beaucoup diminué, la matière sécrétée était plus liquide et presque incolore. L'*Uranie* devant incessamment appareiller, je crus devoir, pour terminer la guérison, porter le nombre des pilules de trois à quatre. Cette dernière dose augmenta rapidement l'écoulement dans les premières vingt-quatre heures ; le mucus devint épais, jaunâtre, lié. Attribuant cette recrudescence à l'action élective de l'aloès sur le canal, et voulant en constater exactement les résultats, je continuai la même dose, et au bout de quatre jours l'écoulement était presque entièrement supprimé. Il ne restait qu'un léger suintement muqueux, peu abondant, que j'étais dans l'intention de combattre par

les injections vineuses, lorsque le malade fut réclamé par le chirurgien-major de sa frégate.

*Obs. III.* — Mille (Édouard), ouvrier à l'arsenal de la marine, est atteint, vers la fin de février, d'urétrite survenue huit jours après le coït. Le malade ne réclamant aucun soin, il se forma, quinze jours après l'invasion, une orchite gauche : Mille entra alors à l'hôpital. L'orchite fut combattue par l'application des sangsues, les bains, et plus tard, lorsque l'inflammation fut entièrement dissipée, par des frictions avec la pommade au protoiodure de mercure. Pendant ce traitement, l'écoulement, qui s'était supprimé, revint dès que le testicule commença à reprendre son volume ordinaire ; la matière était blanche, crémeuse, homogène et assez abondante. Je prescrivis alors deux pilules d'aloès par jour, que je portai ensuite à trois, et au bout de sept jours l'écoulement était entièrement supprimé : l'aloès n'avait donné lieu qu'à quelques selles diarrhéiques.

Mille fut renvoyé de l'hôpital parfaitement guéri en apparence ; mais par suite des fatigues de son travail ou d'excès, l'écoulement reparut, et occasionna une orchite droite très-intense, qui força le malade à revenir à l'hôpital, où il est en ce moment en traitement.

*Obs. IV.* — Grimaud (Pierre), matelot de la corvette à vapeur le *Lavoisier*, est atteint, le 15 mars, d'urétrite très-inflammatoire ; le malade éprouvait un sentiment de chaleur brûlante le long de l'urètre pendant l'émission des urines ; la nuit, les érections sont très-douloureuses, il y a des tiraillements dans les aines ; la matière de l'écoulement est limpide, séreuse, striée de sang ; les ganglions inguinaux sont légèrement engorgés ; des sangsues au périnée, des bains répétés, des boisons émollientes, dissipèrent en peu de jours la plupart des symptômes inflammatoires. J'administrai alors les pilules d'aloès, et au bout de huit jours de leur emploi, l'écoulement avait tout à fait cessé ; Grimaud sortit de l'hôpital le 17 avril, entièrement guéri.

*Obs. V.* — Le nommé Lainard, matelot du vaisseau le *Généreux*, est atteint d'urétrite le 7 mars dernier ; ce malade n'ayant pas réclamé des soins dès les premiers moments, vit, cinq jours après l'invasion, son écoulement se supprimer brusquement et une orchite se former à gauche ; alors il entra à l'hôpital. Les moyens ordinaires amenèrent la résolution de l'engorgement glandulaire ; mais en même temps l'écoulement urétral devenant plus abondant, je prescrivis l'aloès. Ce médicament donna lieu dans les premiers jours à quelques selles diarrhéiques, mais la tolérance s'établit facilement. L'écoulement ne fut pas sensiblement modifié par les premières pilules, il fallut les porter au nombre de trois par jour, pour avoir un résultat bien marqué, et enfin une guérison complète. Il

est à remarquer que dès que ce malade fut habitué à l'aloès, il fut pris d'une constipation assez opiniâtre, qui ne céda qu'à l'usage continué des lavements émollients et huileux.

*Obs. VI.* — Le nommé Boucher (Louis), quartier-maître de la frégate à vapeur le *Labrador*, entra à l'hôpital de la marine le 24 mars pour une urétrite existant depuis huit jours. Les symptômes inflammatoires étaient peu marqués, mais l'émission des urines et les érections étaient très-douloureuses; le malade était atteint d'urétrite pour la troisième fois. Des bains généraux, des potions camphrées apaisèrent l'état douloureux du canal, et huit jours après son entrée à l'hôpital, Boucher fut mis à l'usage de l'aloès. L'écoulement, qui était très-abondant, fut un peu diminué dans les premiers jours; mais cette amélioration ne dura pas; l'aloès fut continué pendant douze jours à haute dose, sans amener un mieux notable; la potion de Chopart administrée pendant treize jours, à la dose de deux et trois cuillerées par jour, ne fut pas plus efficace. Après avoir laissé au malade quelques jours de repos, je prescrivis le cubèbe uni à l'alun (45 grammes de poivre cubèbe et 15 grammes de sulfate d'alumine, divisés en neuf paquets — trois par jour). Ce nouveau moyen n'amena aucune amélioration pendant les premiers temps; mais bientôt l'écoulement se modifia légèrement, et parut se supprimer tout à fait par l'usage des injections astringentes opiacées; le malade fut alors renvoyé à son bord. Pendant tout le temps qu'a duré le traitement par la potion de Chopart et le cubèbe, Boucher n'eut pour boisson que de l'eau ferrée. Je croyais, ai-je dit, que ce malade était entièrement guéri, lorsque j'ai appris que l'écoulement était revenu aussi abondant que dans les premiers moments de la maladie. Boucher n'est pas retourné à l'hôpital.

D'après les observations qui précèdent, il est démontré que l'aloès a une action spéciale sur la muqueuse urétrale, et qu'il peut, dans certains cas, comme le prouvent les seconde et quatrième observations, faire disparaître les écoulements dont elle est le siège; mais, d'après ces deux cas de réussite, il ne faudrait pas considérer cette substance comme essentiellement antiblennorrhagique; elle peut, ainsi que l'a constaté M. Sandras, être d'une grande utilité dans les blennorrhagies anciennes; mais dès qu'on a à traiter une de ces affections à type aigu, ses propriétés diminuent, et, dans quelques cas, sont presque nulles. Dans le traitement des urétrites aiguës de Chaix et de Boucher, l'aloès a été tout à fait impuissant; mais chez ce dernier le copahu a aussi échoué; le cubèbe lui-même n'a pas été plus efficace, car j'ai dit que cette urétrite était revenue quelques jours après la sortie du sujet de l'hôpital, et alors ce cas ne peut rien prouver contre l'aloès; cette blennorrhagie,

comme tant d'autres, a été rebelle à tous les moyens employés contre elle. Cependant je regrette de n'être pas revenu à l'aloès quelques jours avant que Boucher quittât l'hôpital ; car réellement cette substance a une action particulière sur la muqueuse urétrale atteinte d'écoulements, surtout quand ceux-ci ont été modifiés, soit par leur ancienneté, soit par des médicaments déjà mis en usage. C'est ainsi que l'aloès a réussi chez le matelot Palan.

Les orchites, qui ont souvent compliqué les urétrites que j'ai traitées, peuvent être considérées comme ayant sur l'écoulement blennorrhagique une puissance révulsive bien manifeste ; et cette puissance est tellement marquée, qu'il est d'observation que l'écoulement qui revient alors que l'inflammation testiculaire a cédé aux moyens employés contre elle, est moins abondant, plus lié, plus homogène, et plus facile à supprimer. J'ai eu à traiter trois urétrites ainsi compliquées, et l'aloès a été efficace deux fois.

En général, je peux conclure que l'efficacité de l'aloès est bien douteuse dans les cas de blennorrhagies aiguës ; mais que lorsque celles-ci sont devenues chroniques, alors, comme nous l'a appris M. Sandras, l'aloès donne lieu à des effets plus marqués ; de sorte que l'on peut considérer cette substance comme un astringent autiblennorrhagique, à un degré plus élevé que la myrrhe, l'acide benzoïque, le cachou, le ratanhia, si souvent employés dans les hôpitaux d'Allemagne. Cependant il ne faudrait pas entièrement proscrire l'aloès dans le traitement des urétrites aiguës : souvent le copahu, malgré les enveloppes gélatineuse ou glutineuse dont on le recouvre, donne lieu à des rapports très-désagréables qui écœurent les malades ; il peut se faire qu'en même temps l'estomac soit vivement impressionné par le remède, et que l'irritation qu'il présente se communique aux intestins, ce qui a lieu bien souvent ; quelquefois le copahu produit chez certains malades une espèce d'éruption qui les inquiète, et qui, dans tous les cas, exige la suspension du remède ; alors, et dans ces circonstances seulement, on pourra avoir recours à l'aloès ; cette résine, trouvant l'écoulement déjà un peu modifié par les doses de copahu ingérées, pourra avoir quelques chances de succès, et, dans ces derniers cas, je crois que, pour ma part, j'aurais plutôt recours au cubèbe pur ou uni à l'alun, avant d'en venir à l'aloès.

Du reste, je n'établis ces conclusions qu'avec la plus grande réserve. Les observations qui accompagnent ce travail ne sont pas assez nombreuses pour établir, au sujet de l'aloès considéré comme autiblennorrhagique, des données définitives. Les blennorrhagies sont des affections très-capricieuses, sur lesquelles les influences extérieures ou intérieures

ont la plus grande action ; de sorte que , pour établir l'efficacité d'un nouveau moyen dirigé contre elles , il faut de toute nécessité des expériences nombreuses faites dans toutes les conditions possibles. Pour le moment je n'ai pu faire ainsi , car les hôpitaux de la marine reçoivent rarement des urétrites , qui , d'après nos règlements , doivent être traitées dans les infirmeries des vaisseaux ou des régiments. Néanmoins , dès que l'occasion me sera favorable , je continuerai mes essais sur l'aloès.

A. BARRALLIER ,  
Médecin de la Marine , à Toulon.

---

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

---

DU TRAITEMENT DES KYSTES SUPERFICIELS , CONNUS SOUS LE NOM  
DE GANGLIONS , PAR LA CAUTÉRISATION AVEC LE CAUSTIQUE  
DE VIENNE ;

Par le docteur PAXAN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Comme l'on ne s'accorde point toujours sur la valeur et le sens donnés, en pathologie , au mot de ganglion , je ferai préliminairement observer que j'entends désigner sous ce nom , avec la pluralité des auteurs , ces tumeurs enkystées qui se développent au voisinage des articulations , sur le trajet des tendons et des aponévroses , et qui , arrondies , élastiques , plus ou moins mobiles , indolentes , sans changement de couleur à la peau , sont néanmoins sujettes à devenir souvent assez incommodes , surtout à cause de leur position , pour que les sujets qui en sont atteints désirent en être débarrassés , et recourent , dans ce but , aux secours de l'art. C'est , en somme , une affection bien peu grave par elle-même , et cependant , quand on veut en entreprendre le traitement , on ne trouve pas toujours qu'il soit bien facile de le déterminer. Il est peut-être même peu de médecins qui , appelés à traiter ce genre de tumeurs , n'aient éprouvé quelque embarras à faire choix d'un moyen convenable. Ce n'est pas toutefois que les méthodes de traitement manquent ; mais elles sont ou peu efficaces , ou elles risquent de faire développer des accidents graves. Il nous suffira , pour le démontrer , de les énumérer sommairement.

Le moyen le plus simple qu'on ait proposé contre les ganglions consiste dans l'emploi des topiques , pris surtout dans la classe des astrin-

gents ou des résolutifs. Or, ces topiques, de l'aven général, sont bien peu efficaces, et bien rarement ils ont dû suffire pour la guérison ; les véritables données de la pratique sur ce point portent que, si sous l'influence des topiques l'on obtient parfois la diminution du volume de la petite tumeur, celle-ci revient bientôt à son premier état et reprend son premier volume dès que l'on en cesse l'emploi. — La compression n'a guère mieux répondu à l'attente des praticiens, de quelque manière qu'elle ait été employée. Si quelquefois elle a guéri, le plus souvent elle a été sans avantage durable ; et alors même qu'elle a été jusqu'à produire la rupture du kyste, les sujets n'ont pas été pour cela complètement à l'abri d'une récurrence. Disons plutôt qu'ordinairement la reproduction de la tumeur s'en est suivie, par la raison toute simple que cet expédient ne produit pas la destruction du kyste et n'en altère pas la texture. — Quant au séton, la vaste expérience de Boyer et d'Astley Cooper est là pour démontrer qu'il est loin d'avoir toujours réussi, ou que les guérisons n'ont pas été toujours durables. Les auteurs signalent d'ailleurs de graves accidents survenus par son emploi. Il est vrai que tout récemment M. le docteur Espezel a préconisé encore ce moyen dans un article intéressant, récemment inséré dans le *Bulletin de Thérapeutique* (voir la livraison d'avril de cette année). Mais les faits mêmes qu'il mentionne, quoique se rapportant à des guérisons, ne m'ont pas paru entièrement exempts de ces inconvénients dont les auteurs ont parlé. Nous y voyons, en effet, que les accidents inflammatoires consécutifs ont été assez intenses pour exiger, dans les premiers temps, le régime antiphlogistique dans toute sa rigueur. C'est peut-être afin d'éviter plus sûrement ces inconvénients, que cet honorable praticien se demandait s'il ne serait pas rationnel d'ulcérer artificiellement certaines tumeurs enkystées, les muqueuses sous-cutanées, par exemple, les plus petites et les moins défavorablement placées parmi les synoviales des tendons, à l'aide d'un bouton de feu. Pourquoi pas avec un caustique peu douloureux et d'une action limitée ? pourrions-nous demander à notre confrère ; mais n'anticipons pas. — Que dirons-nous de la ponction appliquée au traitement des ganglions, si ce n'est que ce procédé, soit qu'il soit pratiqué avec un trocart, soit que, comme le veut M. Bégin, l'on ouvre le kyste de telle manière que le parallélisme n'existe plus entre la plaie de la peau et celle faite à la poche, afin que l'air n'y pénètre pas et n'y fasse naître aucun accident, est fort incertain, parce que la guérison ne saurait consister uniquement dans l'évacuation du liquide ? Nous ignorons encore si l'addition des injections iodées donnera plus d'efficacité au procédé de la ponction, si incertain, si impuissant par lui-même. — Les opérations plus graves, telles que l'incision, l'ex-

urpation, méritent moins de sympathies encore. Outre, eu effet, qu'elles répugnent beaucoup aux malades, il en est peu qui ne préfèrent, et non sans raison, supporter leur petite infirmité plutôt que de s'y soumettre. Et les chirurgiens eux-mêmes doivent se montrer très-sobres d'un mode de traitement que l'on a vu parfois suivi des plus graves accidents.

Aussi, sans vouloir précisément jeter du discrédit sur ces divers procédés, dont l'application peut parfois se présenter, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'ils laissent bien à désirer, et que la thérapeutique des ganglions n'est pas jusque-là aussi riche qu'on le voudrait.

Ce sont ces considérations qui m'ont porté à me demander, il y a quelques années, si l'on ne pourrait pas employer un traitement plus efficace ou moins dangereux et plus constamment curatif. N'étant alors adressé à la cancérisation avec la pâte caustique de Vienne, j'ai trouvé dans l'emploi de ce moyen des avantages marqués qui m'ont porté à le préférer aux autres médications. Les lecteurs pourront en juger par l'énumération des quatre observations suivantes, qui exposeront la manière dont j'ai procédé.

*Obs. I.* — Au commencement de novembre 1840, une jeune ouvrière de la lingerie de l'hôpital d'Aix me consulta au sujet d'une tumeur qu'elle portait vers l'articulation radio-carpienne, et entre l'extrémité inférieure du radius et les tendons des fléchisseurs superficiels de l'avant-bras. Cette tumeur avait le volume d'une grosse amande; elle était rénitente, élastique, présentant une certaine mobilité, une fluctuation obscure, etc., de façon que tout indiquait que nous avions affaire à un véritable ganglion. Ajoutons que cette tumeur s'était développée peu à peu, et que, depuis près de neuf mois, la malade avait commencé à s'en apercevoir. — Je voulus tenter d'abord la compression, qui fut pratiquée d'une manière plus ou moins méthodique pendant près d'un mois sans modification du volume de la tumeur, mais avec accroissement de sa sensibilité. Sollicité cependant par la malade de la débarrasser de cette incommodité qui commençait à devenir assez gênante, et, peu confiant soit en la ponction, soit en l'incision, et moins encore en l'extirpation, je voulus essayer la cautérisation avec le caustique de Vienne, que le raisonnement me portait à considérer comme devant atteindre le but curatif que je me proposais, en ayant égard aux résultats que j'avais obtenus par ce moyen dans le traitement d'autres kystes superficiels. Ayant par conséquent réduit, avec de l'alcool, de la poudre de Vienne en une pâte consistante, j'en appliquai une couche étroite, allongée, dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, c'est-à-dire de haut en bas, un peu moins longue pourtant que la tumeur elle-même, et la laissai appliquée pendant douze minutes. Cette application fut très



modérément douloureuse. — Quelques lotions d'eau froide d'abord, puis un morceau de diachylon sur la partie cautérisée pour tout pansement. — Au quatrième jour, quoique l'escharre ne fût pas encore entièrement détachée, la tumeur se vida du liquide qu'elle contenait, lequel, par suite sans doute de l'action du caustique, était devenu trouble et purulent. Du reste, plus de douleur ni de gêne du côté du kyste. Pour pansement, emplâtre de diachylon dans le jour, cataplasme pendant la nuit pour hâter la chute de l'escharre. — Le kyste s'exfolia ensuite peu à peu; à sa place apparut une plaie de bonne nature et de bon aspect. Enfin, dès le 25<sup>e</sup> jour, une cicatrice peu prononcée et très-solide remplaçait le kyste. La guérison s'est depuis maintenue.

Nous avons donc obtenu dans ce cas, et en 25 jours, par la cautérisation avec le caustique de Vienne, la guérison radicale d'un véritable ganglion, sans que la malade ait éprouvé le plus léger accident; sans qu'elle ait été même obligée de suspendre ses occupations habituelles pendant un seul jour; sans qu'elle ait, en un mot, plus souffert que si nous avions voulu n'établir qu'un canthère.

*Obs. II.* — Augustine, fille de la Charité, âgée de onze ans, me fut présentée, dans le courant de janvier 1841, pour que j'examinasse une tumeur qu'elle portait sur le dos de la main droite, laquelle, née d'une manière insensible, avait pris déjà assez de développement pour être fort gênante, et même douloureuse quand elle était heurtée ou pressée par mégarde. Après avoir cherché d'abord, mais en vain, à l'écraser avec les doigts, je me décidai à la traiter encore par le caustique de Vienne, de la manière décrite dans l'observation précédente. — Mêmes pansements à peu près que ci-dessus. — Vingt-cinq jours après on ne voyait plus, à la place du kyste, qu'une cicatrice assez régulière semblable à celle qu'aurait laissée un abcès qui se serait ouvert dans cette région. — Disons encore qu'il ne survint, dans ce cas, ni fièvre ni incommodité réelle pendant le traitement.

*Obs. III.* — Dans le mois de janvier de cette année je fus consulté par un jeune homme des environs de notre ville, atteint d'une tumeur enkystée vers la partie externe de la région dorsale du pied gauche, du volume d'une grosse noisette, présentant par tous ses caractères physiques les véritables indices d'un ganglion. Celui-ci ayant résisté à la pression que j'exerçai sur lui avec les doigts, je jugeai convenable de le traiter immédiatement par la cautérisation. — En conséquence, application de la pâte caustique de Vienne comme ci-dessus, pendant un quart d'heure, et, pour pansement, emplâtre de diachylon dans le jour, cataplasme durant la nuit : conseil de ne pas fatiguer le pied. Ce jeune homme s'en retourna en voiture. — Revenu dix-huit jours après,

il me déclara qu'il n'avait presque pas souffert, qu'il n'avait pas eu un instant de fièvre, que la tumeur s'était vidée spontanément dès le lendemain de la cancérisation, et que l'escharre s'était détachée vers le dixième jour. Tout dès lors s'était réduit à une plaie simple. Ce jour-là même, quoique la solution de continuité produite par le caustique ne fût pas encore cicatrisée, elle était tellement rétrécie, que peu de jours devaient suffire pour la guérison. — J'ai su positivement que, dans ce cas encore, la guérison n'avait rien laissé à désirer.

*Obs. IV.* — Vers le milieu du mois d'avril de cette année, un garçon meunier est venu me demander conseil pour une tumeur du volume d'une grosse noisette, siégeant à la partie supérieure de la paume de la main, entre les éminences thénar et hypothénar, vers leur origine, et réunissant encore tous les caractères assignés aux ganglions. Il y avait déjà plusieurs mois qu'il avait commencé à s'en apercevoir, et il croyait pouvoir en attribuer la première cause à une forte pression qu'il aurait éprouvée à cette partie de la main. Comme ce ganglion le gênait beaucoup, et qu'il lui occasionnait même de la douleur quand il venait à le presser, ce qui lui était assez fréquent, il me demandait de l'en délivrer, me faisant observer qu'il avait employé divers topiques qu'on lui avait conseillés, sans aucun avantage appréciable. — Je crus pouvoir lui promettre une guérison prochaine, en pensant au caustique de Vienne, et sans avoir à redouter aucun de ces accidents graves que les auteurs ont reconnus à l'incision ou à l'extirpation, quand le kyste siégeait à la paume de la main. La principale difficulté consistait à pouvoir faire mordre le caustique sur une partie dont l'épiderme était épaissi. Pour la vaincre, je recommandai au malade de tenir appliqué, durant la nuit, un petit cataplasme avec de la mie de pain bouillie; et, dès le lendemain, voyant qu'en radant avec un grattoir de canif je ne pouvais enlever les couches épidermiques assez bien pour que le caustique pût opérer, j'eus recours à l'expédient suivant : je fis une application de la pâte cancérisante, que je laissai en place pendant une demi-heure, après quoi il me suffit de racler dessus pour amener sans peine l'épiderme à un amincissement suffisant. Ce fut alors que j'appliquai une nouvelle couche allongée de la pâte caustique, que je laissai en place pendant un quart d'heure, temps qui fut suffisant pour mortifier la peau dans la partie qui en était recouverte, et pour atteindre le kyste, qui même fut vidé sous mes yeux du liquide épais qu'il contenait. Et comme il apparaissait à découvert vers l'ouverture qui s'y était faite, je le saisis avec une pince à disséquer, et fus presque étonné de la facilité avec laquelle il s'isola des tissus voisins et put être enlevé. On eût vraiment dit qu'il était presque sans adhérences avec eux, ou que l'action du causti-

que avait suffi pour les détruire. Ce jeune homme ayant été ensuite exposer sa main au robinet de nos eaux thermales, le reste de la petite escharre se détacha d'abord, et il n'eut à mettre, pour tout pansement, qu'un petit plumasseau enduit de cérat et maintenu par une bande. — Vingt jours après, la cicatrisation était complète, et cependant ce jeune homme n'eut pas même besoin de garder la chambre pendant une demi-journée, ni de discontinuer son travail.

Ces quatre observations ne constituent pas sans doute une masse bien imposante de faits : elles sont cependant trop unanimes à prouver en faveur de la cautérisation avec le caustique de Vienne, pour ne pas mériter peut-être d'être prises en considération. Car si cette méthode de traitement nous a été si utile dans ces cas, il serait difficile de comprendre pourquoi elle ne le serait pas dans un plus grand nombre. Je doute même fort qu'aucun des autres traitements plus usités eussent pu nous donner des résultats aussi avantageux et aussi exempts d'inconvénients de toute espèce. Aux personnes qui voudraient objecter que la cautérisation avec les caustiques avait été en d'autres temps employée, et que, tombée en désuétude, elle avait été abandonnée, nous pourrions répondre qu'il ne serait pas trop juste de comparer la cautérisation avec le caustique de Vienne, dans ces cas, avec celle que l'on produisait avant les applications de cet agent cautérisant avec d'autres caustiques, y compris même la pierre à cautère, qui s'en rapprochait le plus, et que, si nous n'avions eu à notre disposition que ce dernier moyen, probablement nous n'aurions pas songé à nous adresser aux caustiques pour le traitement des ganglions, à cause de la lenteur, de l'inégalité d'action de la potasse caustique, due à sa déliquescence qui empêche, malgré les plus grandes précautions, de pouvoir la contenir dans des limites précises. La poudre de Vienne, au contraire, transformée par l'alcool ou l'eau de Cologne en une pâte à laquelle on donne la forme et l'épaisseur que l'on désire, a une action vive, prompte, sûre et circonscrite, produisant une escharre de la grandeur que l'on veut. En conséquence, non-seulement, par la cautérisation dont nous parlons, on produit une espèce d'excision d'une partie du kyste, savoir de celle que l'on cautérise immédiatement, mais il paraît aussi que, par voie de continuité, on éteint du coup la vitalité de ce qui n'a pas été touché par le caustique, circonstance qui en facilite l'exfoliation et assure la guérison.

Nous avons eu encore plusieurs fois occasion d'attaquer par la cautérisation avec le caustique de Vienne, et avec non moins de succès, certaines autres tumeurs enkystées du genre des loupes, lorsqu'elles n'avaient pas encore atteint beaucoup de volume. Nous nous sommes même demandé plusieurs fois si l'on n'avait pas tort de dédaigner généralement un

moyen qui est toujours moins effrayant et moins douloureux que l'instrument tranchant, alors qu'il peut être souvent permis d'en attendre une guérison aussi prompte. C'est au moins ce que démontre l'observation suivante, la seule que nous citerons, laquelle est relative à un sujet chez lequel les deux méthodes de l'ablation et de la cautérisation ont été en même temps employées : voici le fait :

Un militaire, ayant le grade de sergent, fut reçu, en août 1840, comme malade à l'Hôtel-Dieu de notre ville, pour s'y faire traiter de deux loupes, dont l'une, ayant le volume d'une petite noix, siégeait au front, un peu au-dessus du sourcil droit, et dont l'autre, un peu plus volumineuse, était située à la région post-auriculaire, derrière l'apophyse mastoïde. Nous nous proposâmes dès lors de les attaquer de deux manières différentes, pour établir une comparaison entre le traitement peu usité de la cautérisation et celui de l'ablation avec le bistouri. — Ce fut celle du front ou la plus petite que nous soumîmes à l'extirpation d'après le procédé ordinaire, tandis que la seconde fut traitée par la cautérisation de la manière suivante : Un emplâtre de diachylon, présentant une fenêtre allongée, fut appliqué sur la loupe enkystée, de manière à laisser à nu une partie de la peau qui la recouvrait, correspondante à l'ouverture de l'emplâtre. C'est sur cette partie-là même que nous étendîmes avec une spatule une couche de la pâte caustique. Celle-ci, dont l'application ne fut que très-peu douloureuse, fut laissée pendant douze minutes, et produisit une escharre de couleur cendrée d'abord, et qui, vers le troisième jour, devint d'un noir très-foncé. Peu à peu le travail éliminatoire sépara l'escharre des tissus vivants, et le kyste apparaissait alors entre les lèvres de la plaie qui tendaient à s'en isoler. Bientôt il s'ouvrit, se vida de la matière épaisse, en forme de bouillie, qui y était contenue. Nous ne fîmes qu'en exciser avec des ciseaux les parties externes qui étaient toutes flétries : un plumasseau chargé d'onguent basilicum fut seul appliqué par-dessus. Eh bien ! non-seulement cette dernière solution de continuité fut aussi tôt guérie et aussi régulièrement cicatrisée que celle du front, mais la guérison en fut même complète deux jours plus tôt, c'est-à-dire au dix-neuvième jour.

Nous pourrions facilement citer plusieurs observations qui tendraient à démontrer l'efficacité du traitement de ces affections par ce mode de cautérisation. Qu'il nous suffise de dire que quand ces loupes enkystées sont encore peu volumineuses, et que les sujets sont un peu trop pusillanimes pour adopter facilement l'instrument tranchant, nous recourons en toute confiance à la cautérisation par le caustique de Vienne, qui n'a jamais trompé notre attente.

• PAYAN.

Il n'est pas, à coup sûr, de médecin oculiste, quelque habile, quelque heureux et quelque expérimenté qu'il soit, qui puisse se flatter de n'avoir jamais eu à déplorer quelques revers dans l'opération de la cataracte. Pour être convaincu de ce fait, il suffirait de suivre, pendant quelques mois, les cliniques ophthalmiques les plus renommées de la capitale ou de la province. Comment se fait-il donc qu'il ne soit question que de succès, et que les insuccès soient passés sous silence? Pour mon compte, j'ai la certitude que les malheurs en pratique apportent aussi un grand enseignement, en montrant ce qu'il faut faire pour les éviter; aussi, je m'appliquerai à faire ressortir, de mes faits heureux ou malheureux, toutes les réflexions qui me paraîtront avoir quelque valeur pour la science.

Obs. I. — *Cataracte lenticulaire, opérée par réclinaison chez un vieillard de soixante-dix-sept ans. — Succès complet.* — Le sieur Pérut de Salavas, militaire retraité, devenu aveugle par suite des progrès de l'âge, me fit appeler en juillet 1837. L'inspection attentive des yeux me fit reconnaître une cataracte lenticulaire qui offrait à l'opérateur toutes les chances possibles de succès. Le cristallin opaque fut abaissé par réclinaison en présence de MM. les docteurs A. Puaux, Chavanon et Eldin de Vallon, et le seul incident remarquable dans la manœuvre opératoire fut un double mouvement de rotation de la lentille sur elle-même, au moment même où l'aiguille appuyait diagonalement sur sa face antérieure pour la plonger en arrière et en dehors dans les cellules du corps vitré. Un second effort de réclinaison fut suivi du même mouvement de révolution du cristallin autour de son axe transversal, et ce ne fut que le troisième effort qui fut couronné d'un plein succès, c'est-à-dire de l'immersion définitive de la cataracte dans l'humeur vitrée. Aussitôt l'opéré, ébloui par la clarté du jour, put distinguer sans peine les différents objets qui lui furent présentés. Si, contre ma défense formelle, Pérut n'eût pas exposé prématurément son œil à la lumière, vingt ou trente jours lui eussent probablement suffi pour compléter la guérison de sa légère conjonctivite traumatique, tandis que son imprudence, en augmentant considérablement l'inflammation, lui coûta un séjour de plus de deux mois dans une chambre demi-obscur. Du reste, le succès de cette opération, pour avoir été un peu retardé, n'en a pas été moins solide et moins constant, puisque aujourd'hui à avril 1842 cet octogénaire continue à voir autant que peut le permettre son âge avancé.

C'est dans la sphéricité de la cataracte, et surtout dans la manière de la récliner, que notre ancien maître le docteur Sichel place l'unique cause de ce double mouvement de rotation du cristallin autour de son axe. « Quand on ne saisit point, dit-il, page 602 de son *Traité*, ces espèces de cataracte (sphérique) dans la diagonale de leur surface anté-

rieure, et qu'on applique l'aiguille un peu plus haut ou plus bas, elles roulent avec une extrême facilité autour de leur axe, font pour ainsi dire la culbute, se trouvent au-devant de l'aiguille, et présentent même quelquefois un de leurs bords dans la chambre antérieure... Pour éviter cet accident, on fera bien, dans ces cas de cataracte sphérique, d'introduire l'aiguille au-dessus du diamètre transversal oculaire, de saisir le cristallin par son bord supérieur, de le déplacer un peu de haut en bas, comme pour faire la dépression, puis de le renverser en arrière par réclinaison : de cette manière, l'aiguille reste toujours au-devant et au-dessus du cristallin, et ne peut le pousser en avant ». Sans vouloir nier le plus ou le moins d'influence de la sphéricité de la cataracte sur la production du mouvement de rotation, et par suite le plus ou moins d'efficacité du moyen préventif dans la majorité des cas semblables, ne serait-il pas quelquefois plus convenable d'attribuer ce phénomène à une espèce d'é-réthisme convulsif, de spasme contractile des tissus fibreux du globe oculaire, spasme en vertu duquel le cristallin soumis à une compression expulsive, roulerait sur son axe, immédiatement après la rupture de ses adhérences à la zone ciliaire, empêché qu'il serait par l'aiguille de se précipiter dans la chambre antérieure ? Je serais d'autant mieux porté à admettre cette opinion dans le cas actuel, que la cessation de ce phénomène a parfaitement coïncidé avec celle du spasme oculaire, comme j'ai pu m'en convaincre par un surcroît d'aisance à mouvoir l'aiguille ; et d'ailleurs, le défaut de convexité de la surface antérieure de la cataracte, la facilité des mouvements de contraction et de dilatation de la pupille, l'existence de l'ombre circulaire projetée par l'iris sur l'opacité du cristallin, étaient autant de circonstances dont la réunion devait ici faire repousser toute idée de cataracte sphérique. Cet accident imprévu de rotation s'étant présenté sous l'influence du spasme de l'œil, on prévoirait sa réapparition, en suspendant pour un moment toute manœuvre de l'aiguille, jusqu'à ce que les tissus, habitués en quelque sorte au contact de l'instrument, eussent repris leur souplesse primitive.

Obs. II. — *Double cataracte lenticulaire suivie, huit jours après l'abaissement par réclinaison, d'une cataracte pseudo-membraneuse secondaire, qui s'est dissipée sous l'influence d'un abondant ptyalisme mercuriel. — Succès complet aux deux yeux.* — A la fin de février 1839, je fus appelé à Donzère (Drôme) pour opérer de la cataracte M<sup>me</sup> Joséphine Villedieu, âgée de cinquante ans. Après quelques jours d'un traitement préparatif, je procédai à l'abaissement successif des deux cataractes, en présence de M. Victor Prieur, médecin du lieu. Une fois l'aiguille de Scarpa introduite dans la chambre postérieure, je mis un soin tout particulier à inciser, à détruire la capsule cristalline dans toute sa circonférence, afin de prévenir la formation d'une cataracte capsulaire secondaire. A peine le corps opaque

eut-il été déplacé par réclinaison du champ visuel dans les deux yeux, que l'opérée fut agréablement surprise par un trait de lumière et n'eut pas de peine, un moment après, à distinguer les différents objets que je lui présentai. — Repos au lit dans une chambre complètement obscure; saignée copieuse du bras. Application sur les yeux de compresses imbibées d'eau froide, renouvelées toutes les cinq minutes. Diète absolue. Le lendemain la malade accuse une douleur très-cuisante dans les yeux, la conjonctive est fortement vascularisée; mais la pupille est toujours bien nette et bleu dépouillée de tout vestige d'opacité (saignée de 250 grammes, application de sangsues aux apophyses mastoïdes; continuation des compresses d'eau froide sur les paupières). Nullement enrayée par l'énergie de cette médication antiphlogistique, la phlegmasie s'irradia le huitième jour vers les tissus profonds du globe oculaire, accompagnée de tout le cortège des violents symptômes de l'iritis, douleurs lancinantes dans les yeux et la région synclipitale, photophobie, photopsie et réaction fébrile. A mou arrivée, qui eut lieu le surlendemain de l'invasion de ces déplorables accidents, quelle ne fut pas ma surprise de trouver les deux pupilles complètement obstruées par un nuage épais et blanchâtre, et devenues extrêmement irrégulières par suite des adhérences de l'iris avec cette exsudation fibro-alumineuse! Dès lors, regardant à peu près comme perdu mon premier succès, je fais entrevoir aux parents qu'il n'y a d'espoir de rétablir la vue que dans une nouvelle opération. Cependant avant d'en venir à cette dernière ressource, je cherche à combattre énergiquement l'inflammation de l'iris par des émissions sanguines, des révulsifs sur la peau et sur le tube intestinal, et des frictions d'onguent mercuriel belladonné sur le pourtour de l'orbite.

On n'avait pas consommé 16 grammes de cette pommade hydrargirique, que surviennent avec violence, au cinquième jour de son usage, tous les symptômes d'une stomatite suraiguë, compliquée d'un pyalisme très-abondant. Trois jours après, j'arrive, je trouve la bouche inondée de flots continuels de salive, la langue d'un rouge vif, doublée de volume et couverte d'ulcérations superficielles. Mais ce désordre accidentel dans la cavité buccale est complètement compensé par un amendement notable survenu à l'œil gauche, dans le champ visuel duquel s'est évanoui tout vestige de pseudo-membrane pour faire place à une parfaite diaphanéité et à un nouveau rétablissement de la vue. Ce merveilleux phénomène de résorption qui s'est si rapidement accompli sur l'œil gauche n'a été complet sur le droit qu'un mois après, et depuis trois ans, M<sup>me</sup> Villedieu, arrachée aux horreurs d'une affreuse cécité, jouit du plaisir inappréciable d'être rentrée dans le cercle des occupations de la vie domestique.

La stomatite mercurielle fut promptement guérie par l'acide hydrochlorique, porté fumant sur le siège du mal, selon l'excellente méthode du docteur Ricord.

De tous les accidents consécutifs à l'opération de la cataracte, soit par extraction, soit par abaissement, l'iritis est sans contredit un des plus redoutables, puisque quelquefois, rebelle à la plupart des agents thérapeutiques, cette inflammation se termine en peu de jours par une exsudation membraneuse, obstructive de l'ouverture pupillaire, et compromet ainsi le succès d'une opération pratiquée selon toutes les règles de

l'art. Dans le cas en question, le traitement antiphlogistique et révulsif n'a pu faire avorter le travail phlegmasique de l'iris, et partant la formation d'un dépôt fibro-albumineux derrière la pupille. Or, pour détruire cette nouvelle espèce de cataracte une fois bien formée, que proposent nos meilleurs ophthalmologistes modernes ? rien autre chose qu'un second abaissement par scléroticonyx, ou l'opération de la pupille artificielle. Je suis bien loin de condamner ces moyens chirurgicaux, qui souvent sont les seules ressources de guérison ; mais qui ne sait combien il est difficile de décider à une seconde opération le malheureux qui déplore encore le revers d'une première ? Il conviendra donc de ne recourir désormais à ces manœuvres opératoires qu'après avoir tenté l'emploi des frictions mercurielles poussées jusqu'au ptyalisme. Oui, voilà un fait qui établit que la mercurialisation peut merveilleusement remplacer l'aiguille ou le couteau dans la guérison de la cataracte pseudo-membraneuse secondaire. Peu nous importe de savoir si la disparition de cette lymphe plastique a été le résultat de l'action du système absorbant de l'œil considérablement augmentée, ou l'effet d'un travail révulsif opéré par l'hypersecretion des glandes salivaires. Nous abandonnons volontiers à de plus habiles patho-physiologistes le soin d'élucider ces questions dans le silence du cabinet. Qu'il nous suffise de constater un fait, et d'inviter fortement les chirurgiens oculistes à répéter le remède en pareille occurrence, trop heureux si son efficacité pouvait épargner une seule fois les soucis et les inquiétudes inséparables d'une seconde opération.

Obs. III. — *Cataracte lenticulaire molle à droite, lenticulaire molle morgagnienne à gauche, opérée par broiement aux deux yeux. — Succès complet à l'œil gauche.* — Je fus invité d'aller à Pierrelate (Drôme) le 3 août 1839 pour opérer la femme Nogier, aveugle depuis plusieurs mois. La débiscence rayonnée du cristallin, l'augmentation de sa convexité antérieure et par suite la gêne des mouvements de l'iris, l'évidence de la marge pupillaire foncée, le défaut d'ombre projetée par l'iris sur la surface opaque de la lentille, furent pour moi autant de symptômes non équivoques de la mollesse de la cataracte. Aussi l'opération du broiement, pratiquée par scléroticonyx, en présence de MM. les docteurs Ollier et Chalvet, vint-elle confirmer la justesse de mon diagnostic pour l'œil gauche. Après l'excision préalable de la capsule, le premier effort de pression exercé par le tranchant de l'aiguille sur la surface antérieure du cristallin suffit pour la diviser en deux parties ; celles-ci furent elles-mêmes subdivisées en plusieurs fragments, dont je plongeai les plus volumineux dans la chambre antérieure afin de les soumettre à une absorption plus active.

Quant à l'œil droit, je dois à la vérité d'avouer que je méconnus dans mon diagnostic l'existence de la cataracte molle interstitielle ou morgagnienne. Aussi quel ne fut pas mon étonnement, après avoir perforé la capsule, de voir soudain les deux chambres de l'œil totalement envahies par l'épanchement



d'un liquide blanchâtre dont l'opacité me déroba la vue de l'instrument ! Sans me déconcerter, j'exécutai la manœuvre du broiement, et confiai au temps et à la faculté absorbante de l'organe le soin de résorber avec le liquide épanché les fragments du cristallin. Dans moins d'un mois je fis constater à mes estimables collègues la résorption parfaitement accomplie dans l'œil droit, la netteté et la lucidité de la pupille, et par conséquent le rétablissement de la fonction visuelle.

Probablement que le même phénomène de résorption déjà commencé dans l'œil gauche s'y serait achevé, si une gastro-entérite dysentérique, survenant au bout de deux mois, ne fût venue mettre un terme fatal à la nouvelle existence de cette pauvre mère de famille, destinée à se passer désormais du secours de tout bras étranger pour se conduire et vaquer à ses petites affaires.

Ce fait offre de l'importance sous le triple rapport du diagnostic, de la manœuvre opératoire et de la résorption de la cataracte. La mollesse de la cataracte était traduite, chez ce sujet, par une réunion de symptômes assez caractéristiques pour ne pas s'y méprendre, et si la complication du trouble de l'humeur morgagnienne à droite a échappé à mon diagnostic, je m'explique cette méprise, par la diversité même de couleur que présente cette espèce de cataracte, selon que l'organe est en repos ou en mouvement, comme j'ai pu l'observer plus tard chez une de mes opérées de Lapalud. Examine-t-on l'œil après quelque temps d'immobilité, les flocons albumineux suspendus dans le liquide interstitiel obéissant aux lois de la pesanteur, se déposent au fond de la cavité intra-capsulaire, et laissent entrevoir une surface grisâtre, uniforme, un peu diaphane, à travers laquelle on distingue le cristallin opaque. Inspecte-t-on, au contraire, l'organe immédiatement après un mouvement latéral de la tête ou après une friction du doigt sur les paupières fermées, tout change d'aspect ; les molécules épaisses et opaques surnagent au milieu du liquide, en troublent la limpidité, et ne forment plus qu'une couche uniforme d'apparence laiteuse, qui éteint dans l'œil jusqu'à la faculté de distinguer le jour des ténèbres : or, c'est sans doute parce que j'ai dû examiner l'œil droit après un certain intervalle de repos que j'ai été privé de tout indice susceptible de me faire soupçonner cette complication.

C'est pendant l'opération de la cataracte molle morgagnienne que l'on apprécie la nécessité de bien connaître la structure anatomique de l'œil, et l'avantage d'avoir largement dilaté la pupille par une solution d'extrait de belladone ; car aussitôt après l'épanchement du liquide laiteux dans les chambres oculaires, il n'est plus possible d'apercevoir ni l'aiguille ni la membrane irienne. Conservant tout votre sang-froid, gardez-vous bien de retirer l'instrument, faites-lui décrire par son extrémité

lancéolée des circonvolutions en divers sens, dans le but de détruire suffisamment la capsule et de broyer le cristallin. Voulez-vous précipiter dans la chambre antérieure les fragments de la lentille ; grâce à l'expansion de la pupille provoquée par la belladone, vous avez à peine une petite arête à franchir, et vous évitez de la sorte le grand inconvénient de laisser un de ces fragments engagé dans l'ouverture pupillaire.

Quant à la puissance absorbante et dissolvante de l'humeur aqueuse, nous nous contenterons de dire que c'est un fait acquis à la science par un trop grand nombre d'observations incontestables, pour oser élever le moindre doute sur sa réalité.

Obs. IV. — *Cataracte capsulo-lenticulaire opérée par l'abaissement en masse de la capsule et du cristallin. Succès complet.* — Le sieur Pierre Péaloux, menuisier de Saint-Paul-Trois-Châteaux (Drôme), âgé de soixante ans, se fit conduire chez moi pour me consulter sur l'état de ses yeux frappés depuis plusieurs mois d'une complète cécité. En examinant de profil le globe oculaire, je reconnus de suite une cataracte capsulo-lenticulaire à la présence de deux plans superposés et distingués l'un de l'autre par la diversité de coloration ; l'antérieur, constitué par l'opacité de la capsule, était parsemé de stries blanchâtres, de taches vaeées, brillantes et séparées par des intervalles assez transparents pour permettre de distinguer le plan postérieur d'un aspect plus terne, gris d'acier, uniforme et constitué par l'opacité du cristallin. Après les préparatifs d'usage, je pratiquai la réclinaison par scléroticonyx le 29 octobre 1839, assisté de deux collègues de Saint-Paul, MM. Thune et Solier. Dès que j'eus parcouru avec le tranchant de l'aiguille toute la surface postérieure de l'iris pour rompre les adhérences présumées de la cataracte avec cette membrane, je chargeai selon le sens d'une diagonale le corps capsulo-lenticulaire et fus assez heureux pour le plonger en masse et en totalité dans les cellules de l'éponge hyaloïdienne sans excision préalable de la cristalloïde. A l'instant la pupille, parfaitement dépouillée de toute trace d'opacité, devient perméable à la lumière, et dans l'accès de sa joie, notre opéré eût volontiers soumis sa vue renaissante à toutes sortes d'épreuves, si nous lui en eussions donné la permission. Une saignée préventive du bras, l'application de compresses d'eau froide sur l'œil opéré, deux ou trois jours de diète, le séjour au lit dans une chambre obscure, tel fut tout notre traitement consécutif, et dans moins d'un mois le père Péaloux, aussi clairvoyant qu'on peut l'être après la soustraction d'une lentille dans le merveilleux appareil de la vision, put bientôt reprendre le cours de ses travaux journaliers.

Peut-on indifféremment, comme le prétendent quelques ophthalmologistes, chercher toujours à opérer l'abaissement en masse du cristallin et de sa capsule dans quelque espèce de cataracte que ce soit ? Je ne le pense pas ; j'appliquerais exclusivement ce procédé, plus facile et plus expéditif, à la cataracte capsulo-lenticulaire, par la raison qu'une capsule opacifiée offre plus de consistance, et par conséquent plus de

prise, plus de facilité à être immergée dans le corps vitré, et je m'en abstiendrais dans le cas de cataracte uniquement lenticulaire, en premier lieu par raison contraire de la difficulté à abaisser une capsule saine, diaphane, et souvent imperceptible, et en second lieu, parce que la manœuvre qui aurait pour but de la précipiter en masse avec le cristallin ne ferait le plus souvent que la fendre, la diviser, et laisserait persister deux lambeaux de capsule dont l'inflammation consécutive amènerait plus tard l'opacité, ou, en d'autres termes, une cataracte membraneuse secondaire.

Obs. V. — *Cataracte lenticulaire dure opérée par réclinaison. Réascension du cristallin provoquée par de violents vomissements. Insuccès.* — Le sieur Bedouin de Saint-Raphaël (Drôme) me pria de venir voir sa femme privée de la vue depuis plusieurs années. L'examen attentif des yeux me parut offrir tous les signes d'une cataracte lenticulaire dure, tels que couleur de l'opacité plus foncée au centre qu'à la circonférence, plus grande dimension de la chambre postérieure, aisance et liberté dans le jeu de la pupille, large ombre projetée par l'iris sur la surface antérieure et plane de la cataracte, augmentation de la faculté visuelle sous l'influence de l'obscurité et de la belladone, etc. Tout me faisait espérer la réussite de cette opération; la cataracte, dégagée de ses adhérences à la zone ciliaire, fut plongée dans le corps vitré, mais non sans difficulté. Ce ne fut qu'après cinq ou six efforts d'abaissement que je parvins à vaincre la résistance ou plutôt l'élasticité du corps vitré tendant toujours à refouler hors de ses cellules le cristallin immergé par l'aiguille. L'instrument n'est retiré qu'après le dépouillement complet de toute trace d'opacité, et recommandation expresse est faite avant mon départ à l'opérée de ne pas ingérer dans son estomac, de quatre ou cinq heures, la moindre goutte de liquide, de crainte de provoquer le vomissement si ordinaire après de semblables opérations, et, cet accident échéant, de lui opposer à l'instant la potion antiémétique de Rivière. Soit oubli, soit indifférence, cette double prescription fut enfreinte. Dix mortelles heures de vomissements pénibles et opiniâtres s'écoulèrent avant l'administration de la potion effervescente, dont les deux premières cuillerées suffirent pour calmer, comme par enchantement, ce spasme convulsif de l'estomac; mais il n'était plus temps, tout le mal était fait. Sous l'influence fatale de ces secousses répétées, la cataracte, ébranlée, expulsée de l'humeur vitrée, était remontée. Cependant le malheur n'était point irrémissible; restait encore l'espoir d'une seconde opération, dont les chances de succès eussent été d'autant plus grandes qu'à coup sûr nous n'eussions pas eu à craindre cette fois de l'indocilité qui avait fait échouer la première. Trois semaines plus tard, dès que l'inflammation traumatique eut disparu, nous proposâmes à la femme Bedouin une nouvelle opération, bien disposé que nous étions à déchirer avec plus de soin les cellules de l'humeur hyaloïdienne pour mieux empiersonner la cataracte. Mais impossible à nous, à M. Solier et à toute la famille réunie de triompher de l'obstination de cette infortunée, qui préfère encore aujourd'hui végéter au milieu d'une nuit éternelle, que d'acheter le plaisir de la vue au prix d'une opération très-peu douloureuse et qui souvent est terminée en moins d'une minute.

Nul doute que la réascension du cristallin n'ait reconnu ici pour cause déterminante les secousses convulsives du vomissement, et il est plus que probable que cet accident eût été conjuré si la potion antiémétique eût été prise aussitôt après l'apparition des nausées. Mais, tout en accordant la plus grande part d'influence au vomissement, je suis bien éloigné de nier celle de l'élasticité du corps vitré, ou de l'insuffisante rupture de ses cellules. Je pense, avec Scarpa et son digne élève Carron du Villars, que l'on n'aurait presque jamais à déplorer la réascension de la cataracte, si l'on se conformait mieux à l'important précepte de ces deux habiles maîtres, de rompre les cellules de l'humeur vitrée, afin de diminuer la pesanteur spécifique de celle-ci à l'avantage du cristallin.

Amable CADE, D. M. P.,  
Au Bourg-Saint-Andéol (Ardèche).

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### UN MOT SUR LA FALSIFICATION DU BIANTIMONIATE DE POTASSE (ANTIMOINE DIAPHORÉTIQUE LAVÉ, OXYDE BLANC D'ANTIMOINE).

Depuis le jour où M. Trousseau a cherché à remettre en vogue les composés oxygénés de l'antimoine comme contre-stimulants, le biantimoniate de potasse a été très-fréquemment employé en médecine, soit qu'il ait été réellement prescrit, soit qu'on l'ait substitué sciemment ou par ignorance au protoxyde d'antimoine. Quoiqu'il en soit, les résultats cliniques obtenus à l'aide de cet agent thérapeutique ont beaucoup varié. A quoi tient ce phénomène? Est-ce à la proportion plus ou moins grande d'oxygène que le composé administré renfermait? Est-ce à la présence variable de potasse que l'antimoine diaphorétique lavé comptait au nombre de ses composants? Ou bien enfin cette anomalie d'action médicale a-t-elle été due à la falsification de ce produit antimonial? C'est un problème qu'il ne m'est pas donné de résoudre en ce moment; je dirai seulement ici que je ne partage pas l'opinion des praticiens qui pensent que tous les composés oxygénés de l'antimoine ont la même action sur l'économie animale; le protoxyde est, selon moi, le plus actif d'entre eux. La présence de la potasse dans les divers oxydes antimoniques me semble aussi ne pas être une chose à pouvoir négliger quand on étudie ces composés au point de vue médical : très-

certainement elle en diminue l'effet. Enfin l'inégale pureté de l'oxyde blanc d'antimoine administré en médecine est surtout digne de fixer l'attention des praticiens ; pour le prouver, il me suffira d'annoncer que du biantimoniate de potasse commercial que je viens de soumettre à l'analyse, s'est trouvé renfermer plus de 50 pour 100 de carbonate de chaux, c'est-à-dire plus de la moitié de son poids, sophistication doublement coupable, puisque outre que la craie ajoutée diminue de plus de moitié la dose du médicament ingéré, elle paralyse de plus l'effet de ce dernier en saturant les acides de l'estomac ; acides en qui repose tout ou partie de l'efficacité des oxydes d'antimoine et autres.

Je profiterai de cette occasion pour engager mes confrères à se défier des produits chimiques délivrés sous la forme de trochisques, ou sous toute autre forme qui modifie plus ou moins l'aspect physique qui leur est propre. Toutefois, la fraude étant à l'ordre du jour, j'ajouterai qu'il est encore préférable que les pharmaciens mettent à contribution les connaissances chimiques que leur profession les oblige de posséder, alors que par un motif quelconque ils sont forcés de recourir à des produits chimiques dont rien ne leur garantit la pureté.

MIALHE.

#### MOYEN COMMUNE D'ADMINISTRER L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

L'essence de térébenthine est assez souvent employée à l'intérieur, soit pour combattre les engorgements chroniques du foie, soit pour s'opposer aux névralgies, et particulièrement à la sciatique. Les formules habituellement usitées pour administrer ce médicament, telles que, l'*éther térébenthiné*, ou remède de Durande, l'*émulsion térébenthinée*, les diverses *mixtures térébenthinées*, présentent toutes l'inconvénient de ne point masquer la saveur détestable de cette essence. Voici la formule d'un électuaire qui s'administre avec la plus grande facilité.

Gomme arabique. . . . .	10 grammes.
Mélanger avec eau . . . . .	10 grammes.
Ajouter : miel blanc . . . . .	50 grammes.
Puis : essence de térébenthine. . . . .	50 grammes.
Magnésie carbonatée . . . . .	q. s.
F. S. A. un électuaire d'une consistance molle.	

Administrez à la dose de 2 à 10 grammes par jour dans du pain azyme.

A l'exemple de M. Rayet, il est quelquefois utile d'associer à cette

formule une petite proportion d'opium, soit laudanum de Rousseau, 10 à 20 gouttes, qu'on ajoute au mucilage, pour toute la dose précédente.

BOUCHARDAT.

DE L'EMPLOI DU MUCILAGE DE SEMENCES DE COINGS DANS LES COLLYRES,  
PAR M. GAROT.

Dans le but d'obvier à la difficulté que l'on éprouve dans la pratique pour préparer convenablement et d'une manière toujours identique les collyres où il entre du mucilage de coings, comme aussi pour donner aux médecins une évaluation exacte du mucilage qu'ils désirent introduire dans ces sortes de collyres, M. Garot a eu l'idée de préparer à l'avance du mucilage sec, qui lui sert dans l'occasion, dans les proportions qu'il indique. Voici sa manière d'opérer :

Prenez semences de coings. . . . . 100 gram.

Faites macérer, à deux reprises, pendant quelques heures, dans

Eau chaude de 50 à 60°. . . . . 3 kilog.

Passez avec expression ; faites évaporer aux trois quarts à une douce chaleur, et terminez la dessiccation soit à l'étuve, soit sur le marbre d'un poêle.

On obtient de cette manière 10 grammes d'un produit sec, friable, translucide, analogue pour l'aspect à du blanc d'œuf desséché. Cette matière absorbe et transforme presque instantanément en mucilage une bien plus grande quantité d'eau que la gomme adragante. La différence est même remarquable, quand on songe que les 10 grammes de mucilage sec obtenus avaient converti les 3 kilogrammes d'eau employée pour leur extraction en un magma bien plus consistant que le blanc d'œuf.

10 centigrammes de mucilage sec suffisent pour communiquer une consistance demi-sirupeuse à 100 grammes d'eau.

En suivant ce procédé, l'on obtiendra une préparation toujours identique, que l'on pourra rendre plus ou moins épaisse, à la volonté du médecin, et préparer sans inconvénient et avec facilité sous les yeux du public.

SUR LA PRÉPARATION DE PILULES DE SULFATE ACIDE DE QUININE.

Il est bien peu de praticiens qui n'aient eu à se plaindre du sulfate de quinine administré en pilules. au point que plusieurs d'entre eux ont

même renoué à faire revêtir cette forme pharmaceutique, si commode à tous égards, à ce précieux agent thérapeutique.

Que le sulfate de quinine administré sous la forme pilulaire soit toujours un moyen infidèle, je ne le dirai certainement pas; mais qu'il puisse l'être quelquefois, c'est incontestable pour moi; et voici pourquoi :

Quand on fait prendre le sulfate de quinine en dissolution dans l'eau faiblement acidulée, il est alors aisément absorbé, et partant il produit sur l'économie animale le maximum d'action qu'il soit susceptible de produire. — Lorsqu'on l'administre en poudre, soit en suspension dans un véhicule, soit enveloppé dans du pain azyme, il est aussi assez aisément absorbé, attendu qu'une fois arrivé dans la cavité stomacale, il s'y divise, en tapisse les parois, et y séjourne suffisamment pour que les acides du suc gastrique aient le temps d'en opérer la dissolution.

Le sulfate de quinine réduit en pilules a bien moins de chances pour être promptement et complètement absorbé; arrivé dans l'estomac, il faut que les pilules commencent par se ramollir et s'y dissoudre; pendant que ce travail s'opère, quelques-unes d'entre elles franchissent le pylore; elles sont perdues pour l'action médicale, car elles auront beau être ramollies plus tard par le suc intestinal, ce dernier étant d'ordinaire neutre ou alcalin, le sulfate de quinine restera en grande partie inabsorbé et par conséquent perdu pour l'effet qu'on en attendait.

Un moyen certain et des plus simples, se présente tout naturellement pour parer à ce grave inconvénient; il suffit pour cela d'ajouter au sulfate de quinine la petite quantité d'acide sulfurique qu'il demande pour être rendu aisément soluble dans l'eau.

Voici une formule qui me paraît convenable :

Prenez : Sulfate de quinine . . . . . 1 gramme.  
Acide sulfurique . . . . . 3 gouttes.  
Miel blanc . . . . . q. s.

F. S. A. une masse pilulaire que vous diviserez à volonté.

MILME.

#### PRÉPARATION DE L'IODURE DE POTASSIUM, PAR M. TURNER.

M. Turner conseille de dissoudre à chaud 45 grammes d'iode dans 60 grammes d'une dissolution aqueuse de potasse à l'alcool, d'une densité de 1,330. Le produit de la réaction est un mélange d'iodure de potassium et d'iodate de potasse; on l'étend d'eau (750 grammes) pour dissoudre complètement l'iodate, et on y fait passer un courant d'hy-

drogène sulfuré jusqu'à ce qu'il y en ait un léger excès. Après vingt-quatre heures de contact, on filtre pour séparer le soufre qui s'est précipité, et on fait évaporer et cristalliser.

Dans ce procédé, l'iodate de potasse est décomposé par l'acide sulfhydrique; il se forme de l'eau, et il se précipite du soufre; il se produit en outre un peu de sulfate de potasse qui reste mélangé avec l'iodure: ce qui n'offre aucun inconvénient pour l'usage médical.

#### SIROP DE SUCS D'HERBES.

PRENEZ : Chicorée. . {  
Fumeterre. . { Ana parties égales.

Piler sans eau, exprimer fortement, coaguler l'albumine par une ébullition ménagée, filtrer; faites évaporer aux *trois quarts*, ajoutez le double de son poids de sucre, faites bouillir jusqu'à réduction d'un *huitième*; laissez en grande partie refroidir, et remplacez le liquide évaporé par un poids égal de suc dépuré et filtré à froid, de cerillon et cerfeuil, fait à parties égales.

Ce sirop, contenant plus que son propre poids de suc d'herbes, peut remplacer avantageusement cette dernière préparation; du moins a-t-il été imaginé dans ce but par un de mes collègues, qui l'emploie assez fréquemment dans sa pratique.

#### ORANGEADE GAZEUSE PURGATIVE.

PRENEZ : Crème de tartre soluble . . . . . 30 grammes.

Dissolvez dans quantité suffisante d'eau.

Filtrez et ajoutez :

Sirop d'oranges . . . . . 100 grammes.

Introduisez ensuite dans une bouteille à eau de Seltz, et versez dessus S. A.

Eau chargée de 4 fois son volume

d'acide carbonique . . . . . 500 grammes.

Bouchez et ficelcz.

L'orangeade gazeuse purgative, préparée comme il vient d'être dit, constitue sans doute la boisson laxative ayant pour base un composé salin, la moins désagréable de toutes. Il va sans dire que dans cette



préparation on peut remplacer le sirop d'oranges par un autre sirop agréable analogue, tel, par exemple, que celui de framboises, de groseilles, etc.

NOUVELLE MÉTHODE DE GOUDRONNER LES BOUTEILLES CONTENANT  
DES SIROPS ET AUTRES LIQUIDES ALTÉRABLES.

Tous les liquides aqueux conservés à la cave dans des bouteilles bouchées avec du liège, acquièrent assez souvent une odeur *sui generis* qu'ils empruntent au bouchon. On pare à cet inconvénient en trempant le goulot de la bouteille dans du goudron préparé *ad hoc*. Mais cette méthode offre un inconvénient pratique grave, c'est qu'il est difficile d'éviter, en débouchant les bouteilles, que quelques parcelles de goudron ne se précipitent dans la liqueur qu'elles renferment; et d'ailleurs ce procédé empêche bien, il est vrai, que l'humidité de l'atmosphère de la cave ne pénètre par le bouchon et n'altère le produit, mais il n'empêche pas qu'il ne soit altéré par l'air contenu dans la partie supérieure de la bouteille, lequel étant toujours saturé d'humidité, est par conséquent dans les circonstances les plus favorables pour pouvoir agir sur les parties solubles du liège; aussi remarque-t-on assez fréquemment l'impuissance conservatrice du procédé de *goudronnage* habituellement mis en pratique.

Voici maintenant la méthode de goudronner que j'emploie avec un succès complet pour obvier aux inconvénients que je viens de relater : 1° je recouvre la partie du bouchon qui doit être introduite dans la bouteille avec une feuille d'étain, je l'enfonce de quelques lignes seulement, et je coupe ras; 2° je coiffe grossièrement le goulot de la bouteille avec un morceau de papier collé, je l'assujettis fortement à l'aide d'un double tour de ficelle, et je goudronne ensuite à la manière ordinaire.

Le moyen qui précède, outre qu'il place le liquide altérable hors de tout agent nuisible à sa conservation, permet de plus à l'opérateur d'enlever d'une seule pièce l'espèce de *calotte* goudronneuse qui obture la bouteille, de façon qu'il est impossible qu'aucune parcelle de goudron puisse pénétrer dans le liquide qu'elle renferme alors qu'on ôte le bouchon.

L. M.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES ET THÉRAPEUTIQUES  
SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LE MIDI DE LA FRANCE.

Il n'y a pas, depuis quelques années, de maladie aussi fréquente et aussi répandue que la fièvre typhoïde; aussi les écrits auxquels elle a donné lieu sont innombrables, et les opinions si diverses, que l'anarchie la plus complète menace le traitement de cette grave maladie. De toutes ces opinions comparées à l'observation, il résulte qu'il n'existe aucune prééminence des traitements proposés. Chacun a raison à son tour, parce que chacun a des succès et des revers; aussi la statistique consultée n'a rien produit, et la statue élevée a croulé le lendemain. A notre sens, il n'en pouvait être autrement, car la fièvre typhoïde échappant à l'analyse de la classification par ses phénomènes complexes, ses nuances si diverses, ses caractères insidieux, devait plus encore se refuser à la systématisation d'un traitement. Le passé, d'ailleurs, nous l'a appris: Pringle, Linke, Huxam, Stoll, Sarcone, Tissot, avaient déjà observé que tel moyen qui réussissait aujourd'hui, demeurerait sans efficacité en d'autres temps et d'autres lieux. M. Chomel lui-même, en nous parlant des succès du chlorure de soude, ne nous les promet pas pour l'avenir.

Serait-ce donc qu'il faut renoncer à atteindre le but, nous contenter du désordre qui règne dans la science, marcher à tâtons, et changer chaque jour de direction? Non! la médecine moderne n'est pas arrivée à ce perfectionnement de diagnostic, pour que nous ne sachions pas en mettre à profit les bénéfices. La dissection anatomique nous a montré la part que chaque organe peut prendre à cette scène morbide; et, si elle ne nous a pas expliqué tous les phénomènes, l'altération des liquides, l'insuffisance elle-même de ces lésions nous ont suffisamment avertis qu'il existait un génie du mal, un principe d'intoxication, si l'on veut, qui peut être la cause première de ces altérations, mais qui, une fois l'impulsion donnée, ne saurait en entretenir l'existence ni en prolonger la durée. Nul doute cependant que, pour arriver à la perfection thérapeutique, il ne fallût atteindre le mal dans sa source; mais oublions-nous l'imperfection des choses humaines? oublions-nous les limites de la science et de nos moyens? Comptez les spécifiques de notre matière médicale, et remarquez bien la valeur de ceux que vous proclamez! Faut-il dire alors que la médecine n'a reconnu aucun modificateur du

principe toxique de la fièvre typhoïde? Non, la médecine expectante est là pour vous répondre, la conduite si diverse de chaque praticien le témoigne; le temps l'affaiblit et la nature le détruit, mais je ne sache pas que l'art puisse se glorifier d'en avoir trouvé le moyen.

Pénétrons plus avant dans l'observation, et, après avoir reconnu le principe toxique de la fièvre typhoïde, voyons quels sont les phénomènes saillants de cet être pathologique, à nos yeux si complexe; voyons comment la mort arrive au milieu de cette scène morbide. Est-ce le principe toxique qui tue, ou sont-ce les phénomènes secondaires qui surviennent? Sans résoudre complètement une pareille question, en consultant les faits, nous trouvons que la mort vient, le plus souvent, après un énorme développement du ventre, qui annonce une péritonite survenue par épanchement, à la suite de perforations intestinales, après un épanchement effectué par endosmose à travers le péritoine resté sain. D'autres fois, la mort est due à la violence de l'inflammation intestinale, aux progrès de l'ulcération, aux hémorrhagies qui s'ensuivent, à la diarrhée prolongée qu'elle détermine, quelquefois à la pneumonie hypostatique ou accidentelle, à l'engouement pulmonaire, et enfin, à la longue suppuration des abcès critiques, et surtout à celle des ulcérations du sacrum, des trochanters, qui achèvent d'enrayer le mécanisme d'un organisme si profondément affaibli. Si même quelques malades meurent au milieu des convulsions de l'ataxie, du délire ou du coma, et si dans ces cas nous ne trouvons pas de lésions matérielles qui nous expliquent la mort, nous ne saurions en attribuer la cause immédiate au principe toxique, puisque ces troubles nerveux peuvent être calués et détruits sans que l'on arrête la maladie dans sa marche. L'ataxie n'est donc qu'un effet de l'intoxication première, comme l'exanthème intestinal, l'engouement pulmonaire, offrant des phénomènes particuliers, parce qu'elle affecte des organes différents et spéciaux.

Eh bien! dans tous ces cas, la mort n'est pas un mystère pour la médecine; et, sans savoir au juste la part que peut y avoir prise l'intoxication primordiale, il n'en est pas moins certain que si l'on eût pu atténuer ou détruire ces phénomènes pathologiques, la vie eût été prolongée ou le malade guéri. Or, si la nature agit sur l'intoxication, si la médecine a quelque action sur les phénomènes morbides secondaires, dès lors il existe de nécessité une médication rationnelle pour la fièvre typhoïde. Pourquoi d'ailleurs nos prétentions seraient-elles plus élevées pour la fièvre typhoïde que pour la plupart des autres maladies? ne sont-ce pas les effets de la pneumonie, de la pleurésie, de l'apoplexie que nous attaquons? Avons-nous jamais eu quelque action sur leur cause pathologique première? Ainsi, nous ne blâmerons pas qu'on recherche des spécifiques;

mais, en les attendant, faut-il ne pas profiter des labeurs obtenus, des observations faites, des phénomènes expliqués, des moyens possibles et expérimentés?

Voilà près de dix ans que j'observe la fièvre typhoïde, sur un rayon de plus de huit lieues, et dans une contrée si accidentée, que chaque pays est un climat différent. Tous les ans elle débute endémiquement, vers le milieu de l'été, dans les localités baignées par la Durance, l'Asse et le Verdon, où les émanations de quelques marais, celles des arroages, vicient l'air atmosphérique, tandis que la nourriture se compose de légumes herbacés, de fruits, tels que poires, prunes, abricots, et surtout de pastèques et de melons, que ces sols de limons fournissent en si grande abondance. Dans les pays élevés distants de ces influences, bâtis sur un sol calcaire ou crétacé, c'est en automne et au commencement de l'hiver que la maladie règne. Serait-ce aussi par la nourriture des fruits d'automne, les seuls que produisent ces pays, que la maladie se développerait? ou bien, attendrait-elle cette saison, parce que l'air aurait besoin d'une certaine humidité pour transporter son principe morhifère? Nous croyons à l'une et à l'autre influence, car ici ce n'est pas la contagion, puisque ces pays communiquent toujours entre eux et dans toute saison. La contagion que nous reconnaissons se limite évidemment, dans nos pays, au sein de la famille. Nous n'avons jamais pu suivre le mal d'une maison à l'autre, d'une commune à ses voisines; mais nous avons vu des familles entières y passer, et si l'on accusait les influences identiques auxquelles elles étaient soumises, nous répondrions que des émigrations, pour se soustraire au mal dont on accusait la localité, n'ont pas exempté ailleurs les membres de ces familles jusque-là préservés.

Pourquoi donc, dans une même ville, dans une même maison, dans la même famille, à la même saison, la fièvre typhoïde se présente-t-elle, chez chaque individu, avec des phénomènes si divers? Pourquoi un sujet de la même famille, atteint d'une typhoïde bénigne, en transmettra-t-il une mortelle? Ne serait-ce pas évidemment parce que le principe est le même, et que la maladie ne prend tel développement, telle forme ou tel caractère, que suivant les prédispositions constitutionnelles, les prédominances organiques, la sensibilité particulière, les particularités fonctionnelles et sympathiques? Mais alors, existât-il un antidote assuré, ne faudrait-il pas l'administrer avant les effets produits, les réactions réveillées, ou pourrait-on se promettre qu'il agirait en même temps sur les effets et sur la cause? Jusqu'ici, en toxicologie, les contre-poisons deviennent inutiles dès l'instant que l'action a porté sur la trame organique; alors, tout se résume dans les indications particulières.

La question, simplifiée par ces considérations, n'est cependant pas jugée; il faudrait des observations bien faites sur des climats différents, tandis que la confusion est chaque jour augmentée par les médecins qui écrivent sur cette maladie, et qui ne voient de salut que dans l'opinion qu'ils professent, les méthodes qu'ils suivent; oubliant ces paroles presque proverbiales de Baglivi, *scribo de aere romano*, ils veulent tout encadrer dans leur horizon, comme si la nature n'avait qu'une forme, la maladie qu'un caractère. Pour nous donc qui, en admettant un principe unique, identique, si l'on veut, reconnaissons des effets secondaires, variables par les influences climatiques, topographiques, individuelles, organiques, etc., hâtons-nous de faire observer que nous écrivons sous un ciel presque aussi pur que celui d'Italie, sur le sol de l'antique Gaule narbonnaise, près des colonies phocéennes. Est-ce peut-être aux influences climatiques que nous devons de n'avoir jamais vu, comme l'assurent des médecins contemporains, le poulx tomber immédiatement après une saignée, et la mort suivre de près l'expoliation sanguine? Nous avons vu, au contraire, la fièvre persister après vingt, trente, trente-cinq jours. Nous avons trouvé le sang souvent couennoux, d'autres fois rouge, le caillot large, fibrineux, ferme et jamais diffluent.

Le plus souvent, les saignées ont atténué le mal, enlevé la céphalalgie, diminué la violence de la fièvre, et hâté la terminaison heureuse. A la vérité, nous les avons aussi vues, mais par exception, hâter la mort, en être peut-être la cause lorsqu'elles ont été appliquées trop longtemps après le début. La quantité surtout de sang enlevé a une influence fâcheuse. Nous avons vu des saignées de 12, 15 onces, amener peu après les soubresauts dans les tendons, le délire, le coma, tandis que le poulx n'avait rien perdu de sa vitesse, ou que même l'artère avait augmenté de volume. Cette remarque nous a frappé plusieurs fois, et notamment chez une jeune fille, auprès de laquelle nous fûmes appelé au dix-neuvième jour de sa maladie. L'officier de santé qui lui donnait des soins l'avait largement saignée sept fois, sans compter les sangsues appliquées; nous eussions nous-même employé une nouvelle expoliation sanguine, sans nos observations précédentes et la pâleur de la face disproportionnée avec la phlogose que le poulx semblait indiquer, tant il était fort, plein, large et vigoureux. Tous ces cas analogues ont eu une fin malheureuse.

Nul doute qu'il ne faille apporter une grande prudence et tout le discernement possible à l'application de la saignée. Malheureusement, les médecins semblent encore oublier que Sydenham, Stoll, et presque toute l'école des vitalistes ont regardé, avec raison, la fièvre comme une opération que la nature destine à une fin salutaire, et qu'elle pu-

portionne souvent, par le moyen des organes, à l'expulsion des matières morbifères. A tout prix, ils veulent détruire cette fièvre, la juguler, pour parler le langage reçu; mais comme ils ne le peuvent pas, quelle que soit la quantité de sang soustraite, il en résulte une perversion dans les fonctions d'exhalation et de sécrétion; le principe toxique, ainsi emprisonné, réagit sur le système nerveux, et de là l'ataxie qui suit de près ces spoliations sanguines intempestives.

D'autre part, il est d'observation que la fièvre est souvent la mesure des lésions intérieures excitantes, et que ne pas la calmer est s'exposer à laisser augmenter ces inflammations, ou à en voir apparaître de nouvelles. D'autres fois, la force de la constitution, l'état phlogistique général, ferment les émonctoires naturels, et le but de la nature ne peut être atteint.

Dans ce conflit de doutes, au milieu de cette rencontre de contrastes, l'expérience nous a démontré qu'une petite quantité de sang soustraite ne provoquait point ces désordres ataxiques, que le pouls se modérait mieux sous l'influence soutenue de petites saignées qu'après une grande spoliation; que les sangsues, agissant plus lentement et avec plus de constance, atteignaient mieux le but, surtout si l'exaspération des phénomènes dépendait de la surexcitation d'un organe enflammé. Ainsi, ce ne sont point les saignées coup sur coup de M. Boulland que nous employons, ni les saignées *serò*, *meridiè* et *manè* de Bosquillon, mais des saignées *incessantes*, saignées que nous établissons de préférence à l'anus, pour combattre la céphalalgie symptomatique, et en agissant sur la circulation abdominale, pour prévenir ou détruire les inflammations intestinales typhoïdes. Ce n'est que chez les sujets forts et vigoureux que nous employons, de concurrence avec les saignées mésentériques, les saignées générales, que nous répétons deux, trois, quatre fois et plus, mais n'enlevant que 120 ou 160 grammes de sang.

Par ces saignées répétées à petites doses, le malade n'éprouve point de changement subit, ni dans la teinte de la peau, ni dans sa température, ni dans ses exhalations, ses sécrétions, etc.; le pouls se modifie lentement, la céphalalgie diminue et disparaît, le sommeil arrive, et la maladie, maintes fois, se trouve ainsi simplifiée. Cependant, notre expression *incessante* ne doit pas être prise à la rigueur littérale; l'époque plus ou moins rapprochée des évacuations sanguines est une graduation que nous varions, aussi bien que la quantité de sang retiré, suivant la violence des symptômes, la force de la constitution, l'âge, le sexe, l'époque de la maladie, etc. Seulement, règle générale, nous n'attendons pas l'effet entier d'une évacuation sans faire procéder à une autre. Il faut un amendement général, une sédation manifeste, ou quel-

que incident inattendu, pour arrêter la médication ; encore n'y procédons-nous que lentement, en diminuant la quantité de sang extraite, et éloignant les moments d'expoliation.

Cette méthode est surtout précieuse dans le cours de la maladie, alors que déjà les symptômes de réaction s'étaient amendés, et qu'ils se réveillent de nouveau à la suite du météorisme du ventre, d'un engouement pulmonaire, d'une pneumonie. A cette époque, la longueur du mal, la souffrance survenue, la réaction vive, mais éphémère, doivent tout faire redouter ; trop ou trop peu peuvent être funestes. Or, cette mesure ne peut se trouver que dans nos saignées incessantes, mais aussi petites que le temps et les circonstances peuvent le réclamer. Nous pourrions citer à l'appui nombre de faits, si le but de ces lignes nous le permettait ; mais obligé d'être court, nous nous bornerons à en désigner trois que la gravité, leur rapprochement et l'analogie rendent fort remarquables. — Dans le courant de l'automne dernier, la demoiselle P..., couturière, rachitique et chétive, est prise de la fièvre typhoïde avec météorisme, délire, diarrhée, et après un mieux manifeste, dyspnée, toux, crachement sanguinolent, nouveau délire, retour de la fièvre, chaleur, rougeur des pommettes sur une figure pâle, amaigrie, etc. Quatre sangsues sous l'aisselle gauche, du côté où l'on entendait du râle muqueux, et à un point du râle érépitant à grosses bulles. Ces sangsues, renouvelées pendant trois jours, toutes les fois que les piqûres des premières s'étaient étanchées, amenèrent l'amendement dans les troubles respiratoires ; un vésicatoire sur le même point entretint ensuite une dérivation, et la convalescence fut définitive. — La jeune Burle, en même temps, dans la commune de Sainte-Tulle, depuis dix-huit jours sans connaissance, dans une sorte de contraction tétanique, d'insensibilité générale, est prise d'un engouement pulmonaire, avec anxiété fréquente du poulx, etc. Trois sangsues alternativement sous chaque aisselle amenèrent le même résultat, et, quelques jours après, cette fille sortit de son état léthargique pour entrer en convalescence. — M<sup>me</sup> P..., bientôt après, éprouva les mêmes phénomènes thoraciques, au trente-deuxième jour d'une fièvre typhoïde qui avait revêtu toutes les formes. Le poulx, de 130 à 135, était très-développé, la chaleur ardente, les rougeurs vives, la fréquence de la respiration extrême, le ronchus bronchique d'autant plus fatigant qu'il n'y avait pas d'expectoration ; cependant, sonorité dans toute la poitrine, mais râle bruyant partout, et surtout à la base du poulmon droit et au sommet du gauche. Saignées incessantes par les sangsues sous les aisselles, amélioration le soir ; mais chaque matin retour de l'exacerbation des symptômes, retour que nous ne pouvions expliquer que parce que l'écoulement sanguin n'avait pas

été entretenu pendant la nuit. Son beau-frère, notre collègue, le reconnu, et nos mesures furent prises pour que, pendant la nuit, la médication fût soutenue, lorsque le mieux définitif se manifesta.

On peut donc déjà remarquer que la fièvre typhoïde, tout aussi longue dans le midi de la France que dans le nord et dans les hôpitaux de Paris, prend fort rarement ici ce caractère adynamique que l'on redoute tant ailleurs ; et la persistance de la fièvre, et son insensité après le vingtième, le trentième, et même le quarantième jour, sont, à notre sens, cause de la rareté de l'hypostase pulmonaire, remplacée cependant par l'engouement, qui n'en est peut-être pas moins dangereux quand il existe sans expectoration, et qu'il envahit, comme chez M<sup>me</sup> P..., la plus grande étendue des poumons.

La fièvre modérée, les inflammations atténuées, les tendances naturelles d'excrétions respectées, notre médecin ne se borne pas là : nous savons que les symptômes abdominaux, le ventre tuméfié, le gargouillement cœcal, n'éprouvent souvent aucune amélioration des évacuations sanguines, même les plus directes, et nous nous plaisons à reconnaître, avec les partisans de la méthode purgative, que le séjour des matières stercorales, la présence des gaz fétides sur les plaques gaufrées, les follicules turgescents, les ulcérations, s'ils ne sont pas la cause de ces altérations intestinales, les entretiennent évidemment, tandis que la résorption des liquides et des gaz putrides peut amener les conséquences les plus funestes, et fortifier ainsi la cause de l'intoxication primordiale. Par conséquent, dans tout le cours de la maladie, nous veillons attentivement à l'évacuation des premières voies. Nous employons donc, en nous conformant au goût du malade, toutes les boissons tempérantes, laxatives, acidules. L'hydromel, les décoctions miellées de primeaux, de pommes, d'aigriottes, aiguës de citron ; la limonade, l'orangade, les sirops de groseille, de framboise, le petit-lait en abondance, sont d'abord mis en usage, et, vers la fin de la maladie, les tisanes de veau, d'agneau, de poulet, trouvent quelquefois leurs indications. Si ces boissons, secondées par des lavements miellés, huileux ou avec de la mélassc, ne suffisent pas, nous recourons à un verre d'eau de Sedlitz tous les matins, et si les symptômes inflammatoires abdominaux, la faiblesse, la susceptibilité constitutionnelle, s'y opposent, l'huile d'amandes douces, l'huile fine d'olives, prises par cuillerées, mêlées ou non avec du sirop, nous ont rendu de grands services.

Comme pour les évacuations sanguines, nous restons ici fidèle à notre principe de seconder les efforts médicateurs de la nature, toujours dans la crainte d'arrêter quelque opération organique heureusement commencée. d'en susciter d'autres pour lesquelles les tendances ne soient pas



aussi favorables. Car la médecine ne nous a pas encore appris quels seront les moyens, les voies dont la nature se servira pour l'élimination des principes morbifères. Or, il ne doit pas être indifférent de solliciter une sécrétion intestinale, bronchique, urinaire ou cutanée, si déjà l'organisme, par des tendances naturelles acquises ou survenues, était plus ou moins disposé à l'une de ces évacuations. Par conséquent, il ne suffit pas de savoir que la sécrétion urinaire, cutanée ou intestinale, modifiée ou supprimée, amène plus de fièvre, de phlogose locale ou générale, quelquefois du délire; qu'une saignée trop copieuse détermine l'ataxie ou l'adynamie; que le météorisme prodigieux du ventre après l'abus des saignées, n'est souvent autre chose qu'une paralysie intestinale, prélude ou conséquence d'une adynamie existante ou prochaine. Il faut encore, ne connaissant pas dans cet état morbide complexe les dispositions organiques, les respecter toutes et ne se permettre des moyens perturbateurs qu'au début des maladies, alors que les troubles pathologiques sont bornés sur un système d'organes. C'est ainsi qu'au début, et dans certaines circonstances, un émétique ou un éméto-cathartique nous ont paru arrêter quelquefois la fièvre typhoïde, ou tout au moins la simplifier dans sa marche.

Les purgatifs doux n'agissent pas plus sur l'essentialité du mal que les antiphlogistiques, et le chlorure de soude, que nous employons fréquemment, n'a pas un plus grand mérite sur ce point. Les propriétés que nous lui reconnaissons, c'est d'agir sur la contractilité des intestins, et topiquement comme modificateur de la phlegmasie intestinale, qualités réunies qui en font un médicament d'autant plus précieux, qu'il ne réagit pas sur la circulation, presque toujours trop surexcitée dans le midi de la France. Chez M<sup>me</sup> P., le ventre ballonné n'avait produit, jusqu'au vingt-cinquième jour, que quelques débris de matières fécales entraînés du colon par les lavements. Appelé à cette époque, je fis recouvrir l'abdomen d'un cataplasme arrosé de chlorure de soude, et le soir, sur les dix heures, elle rendit plus d'un demi-vasc de matières liées, venant évidemment de l'intestin supérieur à la valvule de Bauhin. Chez M<sup>me</sup> A., de Sainte-Tulle, les hémorrhagies intestinales antécédentes, et plus tard les matières d'une couleur chocolat, annonçaient évidemment l'ulcération, et par l'usage du chlorure, la nature des sécrétions changea rapidement, et le ventre diminua progressivement de volume.

Mais les formes que prend la fièvre typhoïde ne se bornent pas là. Chez quelques personnes éminemment nerveuses surtout, elle prend tout à coup la forme ataxique; chez d'autres, ces phénomènes ne surviennent qu'au milieu de ceux que nous avons déjà énumérés. Dans le premier cas, il est rare que la fièvre soit violente, que le ventre se météo-

rise, que la langue devienne noire, les dents fuligineuses; l'intelligence se voile, le délire survient, le coma même arrive au milieu des soubresauts des tendons, des convulsions diverses, et le pouls légèrement fébrile conserve quelquefois tout le calme de l'état normal; la chaleur est peu accrue, et la respiration tumultueuse, agitée, dyspnéique, est souvent calme et parfaitement pure. Dans ces cas, point ou très-peu d'antiphlogistiques; les délayants, les lavements huileux, les laxatifs, constituent nos moyens, et le musc que nous donnons alors nous a procuré des succès tellement constants, que nous ne l'avons vu échouer qu'au milieu de circonstances et de phénomènes complexes, c'est-à-dire dans les cas où la forme ataxique se joint ou se surajoute à des phénomènes organiques suffisamment graves pour expliquer la mort (1).

DAUVERGNE, D. M. P.,

Médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

DE L'INFLUENCE TOUTE PARTICULIÈRE QUE PEUVENT EXERCER LES SELS DE  
FER SOLUBLES SUR LA COLORATION DES DENTS.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la chlorose ont parlé des préparations martiales employées pour combattre cette affection (l'histoire de la maladie et l'histoire des moyens thérapeutiques qu'on lui oppose sont depuis longtemps inséparables); et cependant aucun d'eux n'a mentionné, que nous sachions, le fait sur lequel nous venons appeler l'attention des praticiens; nous voulons dire : *l'influence toute particulière que peuvent exercer les sels de fer solubles sur la coloration des dents.*

Depuis douze ans bientôt que nous nous occupons d'une manière pour ainsi dire spéciale du traitement de la chlorose (tant le nombre des chlorotiques abonde dans nos campagnes), nous avons toujours administré le souscarbonate de fer pur qui nous avait rendu les services les plus remarquables, et qui, dans *aucun cas*, n'avait trompé nos espérances; quand, tout récemment, plusieurs malades s'étant présentées, à peu près vers la même époque, à notre consultation, les circonstances nous ont paru favorables pour commencer quelques expériences comparatives fondées sur l'action respective des sels de fer en général.

Nos chlorotiques, divisées en deux séries, furent donc immédiatement soumises les unes à l'emploi des pastilles de lactate de fer, les autres à l'emploi du souscarbonate de fer de la même base. Tout mar-

(1) Nous donnerons la suite de cet article dans le prochain numéro.

(N. du Réd.)

chait à souhait, lorsque, en examinant l'état des muqueuses labiale et gingivale chez une des malades qui faisait usage des pastilles de lactate de fer depuis quinze jours, nous observons que les dents ont perdu de leur blancheur sans perdre leur éclat; elles nous paraissent comme incrustées de noir. — Cette malade était une jeune fille de dix-sept ans, peu menstruée jusqu'alors et devenue chlorotique à la suite d'une suppression de règles causée par une frayeur: elle avait été saignée et *sanguinée*; aussi nous fut-elle amenée dans un état d'anémie complet accompagné de symptômes effrayants, dont le moindre était une infiltration séreuse des membres abdominaux, infiltration telle que la marche s'en trouvait gênée, etc. Nous avions affaire en même temps à une de ces idiosyncrasies profondément lymphatiques, à dents couleur blanc de lait ou de porcelaine si caractéristique. Nous pensâmes d'abord que cette coloration insolite était due à la perméabilité que la nature poreuse des ostéides de notre intéressante malade pouvait offrir au médicament. — L'occasion se présenta de soumettre cet avis à notre confrère et ami M. le docteur Mialhe, dont l'obligeance toujours prête nous donna l'explication suivante: « Le tartre dentaire, exposé aux émanations du sel de fer, se trouvant en contact immédiat avec le tannin contenu dans certains aliments, n'a pas tardé à donner un nouveau produit..., c'est de l'encre qui s'est formée là... La brosse à dents doit en faire promptement justice. » L'opinion de M. Mialhe était vraie en tous points; l'expérience nous le prouva bientôt; car les soins hygiéniques de la bouche, pratiqués avec une brosse un peu dure, ne tardèrent pas à rendre aux dents toute leur blancheur, et nous pûmes faire continuer l'usage des pastilles jusqu'à la guérison complète qui ne se fit pas longtemps attendre.

Pourquoi le fait que nous venons de signaler, et qui certainement n'a pas dû manquer d'analogie, surtout depuis ces dernières années pendant lesquelles les ferrugineux ont été donnés sous toutes les formes, n'a-t-il pas été noté?...

Ce silence a tenu peut-être à la difficulté de l'explication, explication rendue maintenant si facile pour nos lecteurs. — Peut-être aussi au peu d'importance que les observateurs ont attaché à ce phénomène... Quoi qu'il en soit, nous n'avons point hésité à publier notre observation: elle servira, nous l'espérons, à mettre nos confrères en garde contre cet accident plus propre à inquiéter le malade que le médecin; et pourra, au besoin, leur apprendre le moyen bien simple de le prévenir.

EM. HINARD, Ph. et M. P.,  
à Argenteuil (Seine-et-Oise).

ENCORE UN MOT DE RÉCLAMATION AU SUJET DES INOCULATIONS DE 1823,  
A L'HÔPITAL DES VÉNÉRIENS, PAR M. TRIERRY.

Le 17 septembre 1842, j'ai inséré dans les *Annales de chirurgie* une lettre à M. Vidal de Cassis, sur le danger des inoculations vénériennes; j'y citais entre autres des inoculations pratiquées à l'hôpital du Midi, par d'héroïques jeunes gens, qui voulurent expérimenter sur eux-mêmes. Dans la dernière livraison du *Bulletin de thérapeutique* M. le docteur Morin d'Arivaut (Deux-Sèvres), a écrit une lettre pour rétablir les faits touchant l'hôpital du Midi, rapportés, suivant lui, inexactement, sur de simples oui-dires, par une personne qui n'avait pas été en position de les savoir directement.

Ces faits étant importants pour le traitement de la syphilis, je dois justifier ce que j'ai avancé, et prouver que mes assertions méritent toute confiance.

Dans le service de l'hôpital des Vénériens, au commencement de l'année 1823, il y avait dix-huit élèves, sans compter ceux qui suivaient la clinique de M. Cullerier, l'oncle. Tous les élèves s'occupaient de la grande question à l'ordre du jour, de la question de savoir si la maladie vénérienne pouvait, de locale, devenir générale, et si les symptômes généraux étaient le résultat du traitement mercurel. J'étais à cette époque interne à cet hôpital, comme il est facile de le constater sur les registres. J'ai toujours eu de très-bons rapports avec M. Colson. Quant à M. Morin, je me rappelle bien l'avoir vu à l'hôpital du Midi. Mais je ne savais qu'indirectement que MM. Colson et Morin avaient pratiqué sur eux l'inoculation, et je n'aurais jamais parlé d'eux sans leur permission. Deux des faits que j'ai mentionnés ne peuvent donc se rapporter à eux. Quant aux faits qui concernent Baudier et Pasquier, ils me sont particulièrement connus. J'étais le camarade de collège de Baudier, qui, ainsi que Pasquier, m'avait mis dans la confidence de ses sentiments intimes. Je les ai accompagnés chez Dupuytren, et j'étais présent à leur autopsie. Au reste, on peut demander à M. Colson s'il me croit susceptible d'inventer ou de défigurer des faits, et, si M. Morin veut venir vérifier mes assertions, je lui fournirai les preuves les plus positives de ce que j'ai avancé dans ma lettre. — Après tout, quel intérêt m'engageait à ne pas dire la vérité sur la question de l'inoculation?

Je pense encore aujourd'hui sur cette question ce que je pensais alors. Je pense qu'on ne doit jamais inoculer le pus d'un chancre ou d'un bubon; que l'inoculation peut donner lieu à des symptômes généraux dépendant de l'affection vénérienne; que le mercure peut donner lieu à

des accidents qui ont quelque ressemblance avec les affections vénériennes, mais qui en diffèrent essentiellement; que les préparations mercurielles sont encore ce-qu'il y a de plus puissant pour modifier les accidents consécutifs; que le plus souvent, on ne peut le nier, l'affection vénérienne n'est que locale, qu'on a souvent abusé du mercure, enfin que plusieurs inoculations n'ont déterminé aucun accident. Mais on ne saurait se refuser à reconnaître que d'autres inoculations ont été suivies d'accidents graves; que tous les jours nous voyons des médecins et des sages-femmes gagner la syphilis pour avoir accouché des femmes infectées ou pour s'être blessés en ouvrant des bubons.

En rapportant, dans ma lettre à M. Vidal, quelques-uns des faits sur lesquels j'ai appuyé cette opinion, je n'avais d'autre but que d'être utile, et de rappeler des dévouements oubliés. Je rappellerai ici la fin de cette lettre :

« Il m'en coûte, mon cher confrère, de vous raconter les faits qui sont le sujet de cette lettre; ils auraient dû peut-être rester dans l'oubli; mais je crois qu'il ne faut pas seulement penser à soi, et qu'il faut passer sur certaines considérations, si l'on veut être utile. Réfléchissez à ma lettre, et rappelez-vous cette phrase de Tacite : « *Mihi Vitellius, Otho, Galba, nec injuriâ nec beneficio cogniti.* »

8 juin 1843.

H. THIERRY.

#### BIBLIOGRAPHIE.

*Pathologie interne*, par JOSEPH FRANK, conseiller d'État de l'empereur de Russie, chevalier des Ordres de Sainte-Anne et de Saint-Wladimir, professeur émérite de thérapeutique spéciale et de clinique à l'Université de Wilna, membre des principales Académies et Sociétés médicales de l'Europe, etc. (de l'Encyclopédie des sciences médicales, publiée par M. Bayle).

C'est une chose bien remarquable, que depuis la nosographie philosophique, qui eut du reste une si brillante fortune, les hommes les plus forts parmi nous se soient bornés, en pathologie interne, à des études partielles, et que pas un n'ait osé embrasser cette science dans l'universalité de son objet. Dans l'enthousiasme qu'excita tout d'abord la doctrine physiologique (1), on essaya bien, il est vrai, de faire entrer toute la

(1) Nous ne pouvons résister au désir de transcrire ici la réputation d'un

pathologie dans le cadre fourni par cette doctrine, mais il est clair pour tout le monde aujourd'hui que ce fut là une conception malheureuse; ses auteurs même l'ont déjà depuis longtemps en grande partie abandonnée : que si quelques esprits contemporains, trop préoccupés des conditions fondamentales de toute science, s'évertuent chaque jour encore à faire prévaloir cette théorie, parce qu'elle seule est en possession d'une idée générale, et que la science n'est qu'à cette condition, ceux-là, malgré l'ardeur inquiète d'un zèle qui les entraîne dans vingt directions à la fois, sont forcés de se borner à des travaux fragmentaires sur la pa-

des points fondamentaux de cette doctrine par Frank, 1<sup>er</sup> vol., page 98 : « Broussais, qui regarde toutes les fièvres, sans exception, comme des symptômes de gastro-entérite, doit nécessairement nier l'existence des fièvres primitives ou essentielles. Si j'écrivais un ouvrage de polémique, je lui objecterais : 1<sup>o</sup> que puisque la plupart des causes qui donnent lieu aux fièvres agissent sur l'économie tout entière, il doit en résulter aussi un effet général ; 2<sup>o</sup> que les prodromes d'un grand nombre de fièvres décèlent réellement une maladie de tout le système ; 3<sup>o</sup> que si la fièvre affecte un endroit plutôt qu'un autre, on ne peut pas en conclure que cet endroit constitue le foyer du mal ; 4<sup>o</sup> que le principe contagieux de la variole lui-même, de la rougeole et de la scarlatine attaque d'abord toute l'économie, et plus tard seulement la peau ; 5<sup>o</sup> que pendant le cours d'une seule et même fièvre, tantôt une partie du corps, tantôt une autre, peuvent être affectées d'une manière particulière, sans que le caractère de la maladie change le moins du monde ; 6<sup>o</sup> qu'il est souvent possible de combattre l'affection spéciale de la partie qui souffre le plus, la fièvre néanmoins persistant toujours et poursuivant la marche qui lui est propre ; 7<sup>o</sup> que la crise, qui seule peut amener la terminaison des fièvres, est un mouvement de tout le corps ; 8<sup>o</sup> que l'essence des fièvres ne doit pas seulement être cherchée dans les parties solides de l'organisme, mais encore dans les fluides (nous ajouterons dans les forces qui le régissent), comme le démontrent entre autres les fièvres qui sont la suite d'une grave perte de sang ; 9<sup>o</sup> que les fièvres les plus graves réclament un traitement général, faute de quoi les moyens locaux, auprès de la partie principalement lésée, augmentent plutôt le mal, ainsi que j'en ai vu plusieurs fois lorsqu'on débutait par les sangsues sans les faire précéder par la saignée (une pratique si vraie, ajouterai-je encore, qu'un grand nombre de malades s'opposent autant qu'ils le peuvent à ce traitement local, qui n'est point en rapport avec le sentiment intime du mal général qu'ils éprouvent). Au reste, poursuit l'auteur, l'erreur de Broussais a produit un bien : c'est que les médecins, qui auparavant négligeaient les fièvres secondaires, apportent maintenant plus d'attention aux irritations locales, qui sont la cause des fièvres symptomatiques ; mais il eût pu obtenir un semblable résultat sans faire tant de bruit. » Heureusement le météore a passé, comme l'auteur l'appelle (1<sup>er</sup> vol., p. 53), et il a pu voir se réaliser l'espoir qu'il avait conçu (*id.*, *id.*) que « cette École de médecine de Paris, qui conserva pendant un si grand nombre de siècles la médecine hippocratique pure et intacte, *trouverait* le moyen de mettre un frein à cette calamité publique. » Le météore a passé, disons-nous, et n'a laissé à sa place que quelques étoiles filantes.

thologie. Quant à l'anatomie pathologique, elle a bien souvent émis la prétention d'être seule apte à donner des bases certaines à la science de l'homme malade; mais jusqu'ici elle s'est contentée de formuler cette prétention, et n'a rien fait de sérieux pour constituer l'ensemble de la science d'après cet important programme. Que si c'était ici le lieu de creuser la question à laquelle nous touchons en ce moment, il nous serait facile de montrer que d'autres obstacles se sont joints à ceux que nous venons d'indiquer, pour priver la génération médicale du dix-neuvième siècle, en France au moins, d'un traité complet, régulier, de pathologie interne. Qu'il nous suffise d'indiquer les deux principaux. Ces deux écoles n'ont donc pu parvenir à constituer la science de l'organisme souffrant sur la base hors de laquelle ils prétendent que celle-ci ne saurait se développer, et, en attendant, elles n'ont ouvert à la pratique aucune direction certaine; elles lui ont même fermé, autant qu'il était en elles, toutes les voies qu'elle s'était laborieusement frayées. Mais quelque zèle, quelque valeur qu'aient montrés les instaurateurs de la nouvelle science, ils ont rencontré de nombreux et puissants adversaires. L'attaque était habile, vive, soutenue, et pour maintenir les dogmes consacrés par le temps, les résultats lentement amassés par l'expérience des siècles, il a fallu surtout faire de la polémique, et disputer pied à pied un terrain incessamment menacé d'être envahi. Le travail de la science aboutit en grande partie à une œuvre de critique stérile, du côté de ceux-là même qui, en possession de la bonne doctrine, pouvaient en poursuivre le développement.

M. Bayle, dont l'esprit judicieux est apprécié de tous, sentit cette lacune, et s'efforça de la combler. Dans l'importante et vaste collection qu'il publie sous le titre d'*Encyclopédie des sciences médicales*, il a compris la pathologie interne de Joseph Frank. Sans aucun doute, c'est là le traité de pathologie le plus complet et à la fois le plus pratique qui existe aujourd'hui. Malheureusement, comme M. Bayle le dit lui-même, l'étude de la langue latine n'est point assez cultivée parmi nous pour que ce livre, écrit dans cette langue, se répande autant qu'il mériterait de l'être : il l'a donc traduit pour le faire entrer dans sa collection encyclopédique (dont il peut d'ailleurs être détaché).

Tout en reconnaissant et en proclamant que la *Pathologie interne* de l'ancien professeur de thérapeutique spéciale de Wilna est le livre le plus propre à remplir la lacune que nous avons signalée plus haut, M. Bayle adresse à Joseph Frank de graves reproches sur sa nomenclature. Il est assez nouveau qu'un critique croie devoir défendre un auteur original contre son traducteur : c'est ce que nous ferons ici. L'ancien bibliothécaire de la Faculté de médecine trouve la classification de Frank, unique-

ment basée sur l'ordre anatomique, essentiellement vicieuse; nous le reconnaissons immédiatement avec lui, et nous ajoutons immédiatement aussi que l'inconvénient le plus grave d'une pareille classification, c'est d'être un obstacle aux généralités, au dogmatisme partiel, auxquels il est permis aujourd'hui à la science de s'élever, soit sur les phlegmasies, les hémorrhagies, les névroses, etc. Scientifiquement parlant, et au point de vue de la spéculation, on est donc parfaitement fondé à adresser à Frank ce reproche; mais il n'en est plus de même pour quiconque fait abstraction des exigences de la théorie, et se tient uniquement au point de vue de l'art, au point de vue de la pratique. C'est là une distinction fort importante, et à laquelle, en général, on fait peu attention parmi nous. Or, l'auteur de la *Pathologie interne* ne fait jamais de la science que pour l'art, et quand la science lui fait défaut, il n'en poursuit pas moins ce dernier but : il fait de l'art par empirisme. Cette philosophie, dont est empreinte chaque page du livre que nous analysons, frappe d'autant plus que l'auteur est un enfant de l'Allemagne, cette terre classique de la spéculation pure, où Burdach, Baer, Meyen, Muller, Rathke, Wagner, etc., empruntent à Kant, Schlegel et Fichte, leur méthode de philosopher, pour se guider dans l'étude de la science de la vie. Il serait certainement malheureux qu'on n'eût jamais traité la science, et qu'on ne la traitât dans l'avenir que par cette méthode; nous sommes aussi convaincu que personne que par là on eût empêché son progrès, et qu'aujourd'hui surtout l'application exclusive de ce procédé logique lui serait fatale; mais l'art a ses intérêts comme la science, et c'est surtout à la pratique, à l'action immédiate de celle-ci, que J. Frank se propose de tracer des règles positives. Que lui importent dès lors vos données générales, qui abandonneront l'artiste au premier pas qu'il fera dans le monde des réalités? mieux vaut infiniment pour lui, qui généralement ne peut prétendre à embrasser la science dans son ensemble, un point fixe auquel se rallient, dans sa pensée, les nombreux groupes symptomatiques qu'il est appelé à combattre. Quelque arbitraire que soit cette donnée, et bien que dans presque toutes les maladies, l'auteur lui-même abandonne le principe localisateur, qui commande la nomenclature, pour le subordonner, dans l'application thérapeutique, au principe des diathèses ou des affections morbides, cette donnée est précieuse; elle est d'une application nécessaire, dans l'état provisoire où se trouve aujourd'hui la science; elle est le lien qui unit les intelligences au milieu du chaos produit par le conflit des opinions individuelles. Après avoir justifié l'illustre auteur de la *Pathologie interne* des reproches qui lui sont adressés, en invoquant, pour cette justification, les exigences mêmes de l'art, nous n'avons plus qu'à nous joindre à son savant traducteur



pour le louer, de la manière la plus explicite, pour la méthode aussi large que précise avec laquelle il a rempli sa tâche immense.

Toutes les maladies sont successivement étudiées aux différents points de vue sous lesquels il importe de les considérer dans la pratique, afin d'en faire sortir une thérapeutique immédiatement applicable. L'auteur définit d'abord l'affection dont il est question; il en donne la synonymie et l'historique, et indique les principaux ouvrages écrits sur le sujet. Ici brille un luxe d'érudition dont nos livres contemporains, bardés de citations d'une érudition de seconde main, ne sauraient nous donner l'idée. Là encore surgit un fait bien propre à rabaisser un peu notre amour-propre national, c'est que les plus grands travaux en pathologie ne sont point toujours datés de la France. Cet historique terminé, l'auteur trace les symptômes de la maladie, et les lésions que l'on trouve à l'ouverture des cadavres chez les individus qui succombent. Ces lésions sont en général interprétées, dans cet ouvrage, un peu autrement que dans nos amphithéâtres : la science n'est point toute dérivée de là. Viennent ensuite les causes prédisposantes, excitantes et prochaines de la maladie. Les premières sont largement étudiées; les secondes, source jamais tarie des théories nombreuses qui se sont tour à tour succédé sur le terrain plantureux des sciences médicales, il n'y touche qu'avec la plus sévère circonspection. Après cela, Frank fait connaître le diagnostic de la maladie en question, et c'est là surtout qu'on reconnaît à la fois le savant profond et le praticien consommé. L'auteur commence cette partie par l'exposition des signes distinctifs et essentiels de la maladie, et de ceux qui sont propres à chacune de ses périodes : il désigne les maladies qui ont des rapports avec celle dont il traite, et expose les caractères qui les distinguent. La dernière partie du diagnostic est consacrée à la détermination de la diathèse dont cette affection peut dépendre. C'est ainsi qu'on voit quelquefois la maladie d'un organe se présenter dans des cas divers avec des symptômes analogues, quoique ces phénomènes soient le produit, l'expression morbide de maladies bien différentes. Ce sont ces maladies que Frank désigne sous le nom de *diathèses*. Il en admet douze principales, savoir : les diathèses inflammatoire, gastrique, rhumatismale, arthritique, atomique, scorbutique, typhoïde, périodique, spasmodique ou nerveuse, scrofuleuse, cancéreuse, vénérienne. Si l'on ajoute à ces états généraux les constitutions épidémiques qui les commandent souvent, on aura sous les yeux tous les éléments dont notre auteur fait sortir sa thérapeutique. Les derniers paragraphes de chaque description sont consacrés au pronostic et au traitement. Sur ce dernier point, l'illustre praticien cosmopolite répand toutes les lumières de son immense expérience.

En suivant le plan de classification dont nous avons déjà parlé, et c'est le principal avantage de cette classification, dans un temps d'ailleurs où nulle autre n'est possible, J. Frank ne laisse échapper aucun état morbide. Sachez aussi bien que le professeur ou l'auteur lui-même le diagnostic ou le traitement des maladies dont il a traité dans sa chaire ou dans son livre; abordez ensuite la pratique : il y a grande chance pour que la première maladie que vous rencontrerez vous soit à peu près complètement inconnue. « C'est que, dit l'auteur, l'habitude de parler de maladies graves, et de passer sous silence celles qui sont peu importantes, fait que les élèves, après avoir terminé leurs études, savent fort bien comment il faut traiter l'apoplexie, les inflammations du larynx, le choléra, etc., mais ils ignorent plus ou moins complètement quels moyens on doit employer contre la céphalalgie, l'enrouement, l'anorexie? et n'est-il pas vrai que « *deprompto nomine, de te narratur fabula?* » Allons, point de vergogne, exécutez-vous franchement comme moi. »

Nous ne terminerons point cette analyse sans remercier, au nom de la science, M. le docteur Bayle d'avoir compris dans son importante encyclopédie la *Pathologie interne* de J. Frank : ce livre manquait à la plupart des praticiens de notre pays; il doit devenir la base de toute bibliothèque pratique. En donnant à cet ouvrage un éloge aussi explicite, nous croyons servir à la fois la véritable science et l'humanité, dont les intérêts sont identiques.

---

#### BULLETIN DES HOPITAUX.

---

*Corps fibreux du rectum. — Excision. — Guérison.* — Une jeune fille, âgée de vingt ans, d'une bonne constitution, bien réglée, entra, il y a quinze jours environ, dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis. Depuis deux mois cette fille ressent des douleurs dans le bas-ventre et surtout dans les reins, et de plus un peu de gêne en allant à la garde-robe. Depuis trois semaines, ces symptômes ont pris plus d'intensité; la malade éprouve la sensation d'un poids sur l'extrémité inférieure du rectum, et à de fréquentes envies d'aller à la selle se joint de la douleur dans l'accomplissement de cette fonction; plusieurs fois les matières fécales ont été teintées de sang. Deux jours avant d'entrer à l'hospice, la malade nous apprend que pendant un violent effort de défécation elle ressentit une douleur très-aiguë en même temps qu'une tumeur se montra à l'anus. C'est alors que la malade, effrayée de ce qui venait de lui arriver, se décida à entrer à l'hôpital. En l'examinant on trouva, après avoir écarté les fesses, une tumeur

grosse comme un œuf de pigeon, d'une consistance assez ferme, réitente, offrant la coloration rouge de la membrane muqueuse sous laquelle elle paraît située ; cette tumeur est immédiatement appliquée contre la marge de l'anus, dont elle masque en partie l'orifice de forme ovulaire, elle offre à sa partie inférieure une ulcération du tissu muqueux qui la recouvre. En tirant sur cette tumeur, on s'assure qu'elle est mobile latéralement, et qu'elle se continue par un pédicule à l'intérieur de l'intestin, et le toucher rectal permet de constater un pédicule mou, aplati, du volume du petit doigt, ayant environ deux pouces de longueur, et adhérent à la paroi antérieure du rectum par continuité directe avec la membrane muqueuse. En saisissant entre les doigts ce pédicule, on sent dans son épaisseur des pulsations artérielles assez développées. Le chirurgien de Saint-Louis, poussant avec raison qu'il n'y avait qu'une opération qui pût délivrer cette jeune fille de son infirmité, y procéda de la manière suivante : il saisit la tumeur avec ses égrègnés, et exerça sur elle des tractions qui firent descendre son pédicule, que l'on put ainsi mieux voir, et qui était bien constitué par la membrane muqueuse, comme froncée sur elle-même longitudinalement; il en fit la section à l'aide du bistouri, en coupant couche par couche, et en ayant soin de lier les artères à mesure qu'elles étaient ouvertes. La malade, grâce à cette précaution, perdit très-peu de sang. Les fils à ligature furent coupés très-près des tissus, et disparurent à l'intérieur du rectum, où ils furent entraînés en même temps que la portion la plus élevée du pédicule, qui remonta aussitôt que la section fut complète. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, la malade continua à éprouver, comme auparavant, du ténesme et des envies fréquentes d'aller à la selle, qui disparurent ensuite. Pendant quinze jours les selles furent purulentes; elles le devinrent moins chaque jour, et trois semaines suffirent pour que la guérison fût complète. Il est inutile d'ajouter que tous les symptômes que j'ai mentionnés plus haut, tels que pesanteur dans le fondement, douleurs hypogastriques et lombaires, se dissipèrent dès que l'opération fut faite. Aujourd'hui la malade, qui a pris chaque matin un lavement depuis l'ablation de son polype, va à la selle naturellement et sans douleur. L'examen de la pièce anatomique a démontré l'existence d'un corps fibreux du volume d'un œuf de pigeon, formé d'un tissu ferme, rénitent, tout à fait analogue, par son aspect et sa structure, aux corps fibreux de l'utérus. Comme cela s'observe fréquemment pour ces derniers, on a trouvé dans son épaisseur plusieurs petites cavités remplies de sang. Ce corps fibreux était placé sous la membrane muqueuse du rectum, qu'il paraissait avoir refoulée au-devant de lui, de sorte que le prolongement de celle-ci, qui

formait le pédicule, ressemblait assez à un doigt de gant plissé dans le sens de sa longueur, et dans lequel on aurait introduit un corps étranger de forme arrondie. Le produit fibreux adhéraient intimement à la membrane muqueuse par son extrémité la plus décline; et dans cette partie, qui correspondait à l'ulcération que nous avons signalée à la surface de cette membrane, son tissu était déjà en voie de ramollissement. Dans le reste de son étendue, la tumeur était liée à la membrane muqueuse par un tissu cellulaire assez lâche.

Si j'ai autant insisté sur les détails anatomiques de ce fait, c'est qu'ils sont de nature à éclairer un point encore fort obscur de pathologie, savoir l'origine, et le développement des tumeurs fibreuses du rectum : or, il est évident ici que primitivement développé dans la couche celluleuse de la paroi du rectum, le corps fibreux a fini par entraîner la membrane muqueuse de l'intestin dont il s'est enveloppé, et que ce résultat a été produit surtout par les contractions expulsives de l'intestin s'exerçant sur le corps étranger lui-même, en même temps que sur le bol fécal dans les efforts nécessités par l'acte de la défécation. Ainsi s'explique l'issue de la tumeur fibreuse sous l'influence de la même action physiologique, ainsi que l'espèce de procidence ou plutôt de renversement de la membrane muqueuse, qui à elle seule formait le pédicule. Nous ne reviendrons sur le procédé suivi par M. Jobert, que pour en faire remarquer la convenance et l'efficacité. Il est bien préférable à la ligature en masse, qui, outre qu'elle est très-douloureuse, expose encore à des accidents inflammatoires, d'autant plus à craindre que les tissus sur lesquels elle se développe sont plus abondamment pourvus de vaisseaux sanguins : nous pensons que toutes les fois que ce procédé n'est pas applicable à cause de la hauteur à laquelle remonte le pédicule de la tumeur dans l'intestin, il vaut encore mieux recourir à celui que nous avons vu mettre en usage avec succès par M. Roux pour un polype fongueux du rectum, et qui consiste à porter successivement, à l'aide d'une aiguille courbée, plusieurs fils dans le pédicule de la tumeur : on fait ainsi trois, quatre, cinq ligatures, plus ou moins, suivant la grosseur du pédicule, et on a l'avantage de voir tomber tous les fils beaucoup plus tôt que ne serait tombé celui d'une seule ligature qui eût étreint toute la circonférence du pédicule, et conséquemment d'obtenir plus promptement la guérison.

A. F.

---

*Sur une des causes de l'accouchement prématuré.*— Nous avons signalé dernièrement une série d'accouchements prématurés que nous n'avons pas hésité à regarder comme déterminés par une influence épidémique particulière et inconnue. Voici un autre cas de même nature

où la cause a pu être facilement appréciée. Cette cause mérite d'être signalée :

Une femme de trente-neuf ans, ayant eu déjà six enfants venus à terme, et arrivée à sept mois et demi d'une nouvelle grossesse, est atteinte d'une diarrhée abondante que le repos et la diète, les bains, le diascordium, les lavements laudanisés ne peuvent parvenir à arrêter. C'est cette diarrhée avec épreintes qui a été cause que cette femme a accouché prématurément d'un enfant faible et qui n'a pas vécu.—Chaque fois que l'on rencontre une affection semblable chez une personne enceinte, il faut s'en préoccuper vivement, et employer tous les moyens propres à arrêter au plus vite les accidents, car les irritations de l'extrémité inférieure de l'intestin réagissent d'une manière assez prompte sur le segment inférieur de l'utérus, lequel, irrité à son tour, sollicite les contractions du fond et du corps de l'organe ; contractions qui, lorsqu'elles deviennent assez énergiques et assez répétées, ont pour résultat l'expulsion de l'œuf.

C'est aussi de la même manière qu'agissent les opérations et le toucher répété que l'on exerce sur le col et le segment inférieur de l'utérus. Très-souvent on peut en voir des exemples chez les femmes qui servent aux exercices pratiques de nos amphithéâtres. Trois d'entre elles sont venues accoucher prématurément à la clinique pendant le mois de mai. Aussi est-il du devoir de l'accoucheur de proscrire autant que possible toute espèce de cautérisation du col, toute application d'instruments irritants, tels que les pessaires, etc., pendant le cours de la grossesse, et même il doit souvent conseiller de s'abstenir des rapports conjugaux, qui, surtout pendant les premiers mois de la gestation, déterminent des secousses de l'organe et un afflux sanguin préjudiciable à la grossesse.

---

*Un mot sur une pneumonie chez un sujet profondément affaibli, et sur son traitement.* — Bien que de toutes les phlegmasies, la pleuropneumonie soit sans aucun doute celle dans laquelle la médication antiphlogistique soit le plus impérieusement commandée ; bien que les conditions d'âge, de constitution, etc., ne contre-indiquent point en général cette médication, il n'en est pas moins vrai cependant que dans quelques cas où la vie a fortement fléchi sous l'influence de conditions épuisantes, et où l'inflammation qui vient à saisir l'appareil pulmonaire dans une partie plus ou moins considérable de son étendue, ne développe qu'une action faible, rémittente par défaut, *remittens ab indigentia*, comme le disait Lommus ; il n'en est pas moins vrai, dis-je, que si, dans un certain nombre de ces cas, l'indication de la mé-

thode antiphlogistique active se présente encore, il est de la plus haute importance d'en surveiller l'action avec une attention scrupuleuse. Il faut le reconnaître, le praticien, en cas pareil, est souvent dans une grande incertitude : s'il déprime les forces au delà d'un certain degré, il court le risque de voir l'économie s'affaïsser et la maladie demeurer stationnaire; si, au contraire, il laisse se développer sans obstacle une réaction trop énergique, il s'expose aux chances de désorganisation inhérentes à tout travail morbide non enrayé. La théorie doit prévoir ces cas et tracer la ligne qu'ils commandent de suivre; mais la pratique, l'expérience clinique seules, apprennent à mesurer, en les comparant, les forces de l'organisme et l'intensité de la maladie. Ce n'est point tel ou tel symptôme, tel ou tel accident isolément considérés, qui éclairent ici le praticien et le guident dans ses déterminations; c'est l'ensemble des phénomènes, c'est la marche du mal, c'est la vigueur de la constitution, ce sont toutes les conditions antécédentes, et parmi ces dernières, c'est surtout la manière dont le malade répond ordinairement à l'action du monde extérieur. M. Andral ne croit pas devoir juger, médicalement, en dehors de cette règle, même dans les cas de pneumonie; la lésion locale, son étendue, son degré, fixent sans doute constamment son attention, mais ne sont pas pour lui la source unique des indications. Les recherches nouvelles auxquelles il s'est livré dans ces derniers temps sur les préparations des divers éléments qui entrent dans la composition du sang, et par lesquelles il est déjà arrivé à de si remarquables résultats, ne sont pas peu propres à le faire s'engager davantage dans cette voie, où se rencontrent la plupart des bons esprits.

Voici l'esquisse rapide d'un fait qui vient à l'appui de ces réflexions. Le nommé Sauvage, manouvrier, âgé de cinquante-trois ans, doué d'une constitution peu forte; pâle, à muscles grêles, peu développés, entre à la Charité pour y être traité de douleurs vagues dans les membres. Des bains lui sont prescrits. A la suite de l'un de ces bains, il est pris d'une douleur peu vive au côté gauche de la poitrine, au-dessous et un peu en dehors du mamelon. En même temps toux, suivie d'une expectoration rouillée, aérée, visqueuse; fièvre légère. La poitrine, auscultée, présente en arrière du râle crépitant, puis du souffle bronchique qui reste mêlé à de la crépitation, et qui s'entend surtout après les efforts de la toux. Le peu de réaction développée, jointe à la faiblesse de la constitution du malade, à son teint presque anémique, contre-indiquent l'emploi de la saignée. On se borne à l'emploi du tartre stibié administré suivant la méthode rasorienne. La maladie résiste à cette médication méthodiquement employée pendant plusieurs jours. M. Andral, obéissant à l'indication fournie par l'état général, soumet le malade à

l'usage du quinquina en décoction. Sous l'influence de ce moyen, en même temps que les forces se relèvent, la lésion pulmonaire subit un amendement notable : peu à peu le souffle disparaît, puis le râle crépitant qui le remplace ; des aliments sont donnés, et bientôt le malade est rendu à la santé.

A la manière dont on a interprété les faits quand on a voulu justifier physiologiquement l'emploi de la méthode dite *jugulante* dans le traitement de la pneumonie, il semblerait que la saignée, sorte de cathétérisme de l'appareil pulmonaire, enlève directement l'excès de fluide sanguin combiné avec le tissu pulmonaire. En se tenant au point de vue de cette théorie, il est clair que le fait précédent, ainsi que tous ceux qui s'en rapprochent, sont tout à fait inexplicables. Mais les choses ne se passent point ainsi ; l'organisme n'est point une simple machine hydraulique : dans les cas nombreux où la méthode antiphlogistique renfermée dans de justes bornes est positivement indiquée dans la thérapeutique de la pleuropneumonie, on ne fait, par la saignée, rien de plus que d'enlever l'excès de stimulus qui opprime les forces. Lorsque celles-ci sont ramenées à leur type normal, la résolution de la phlegmasie s'opère par le seul fait de la tendance naturelle de l'organisme à revenir à l'équilibre de la vie. Dans le cas précédent, l'économie est dans des conditions inverses ; en ranimant les forces, en stimulant les tissus, vous amenez celle-ci au point précis où cette tendance conservatrice se développe, et rétablit l'équilibre des fonctions. C'est encore ainsi que les choses se passent dans les cas nombreux où, sous l'influence de la méthode antiphlogistique, la résolution s'est en grande partie opérée, où la fièvre a disparu, mais où il reste dans le tissu pulmonaire un état d'engouement qui se traduit à l'observation par du râle crépitant mêlé à des bulles plus ou moins nombreuses de râle muqueux ou sibilant : ce qui devient ici le coup de grâce, pour me servir d'une expression célèbre, ce n'est point une dernière saignée, une dernière application de ventouses, c'est l'alimentation. A mesure que le système digestif reprend ses fonctions, à mesure que la sève vitale se restaure et ranime la vie dans les divers organes à travers lesquels elle circule, l'engouement disparaît, et la santé se rétablit.

---

*Trombus vulvaire considérable, suivi de péritonite et de la mort.* — Nous avons rapporté, il y a quelque temps, l'histoire d'un trombus des grandes lèvres, terminé d'une manière heureuse. Un fait de la même nature, mais beaucoup plus grave, vient de se présenter. La rareté des trombus de la vulve, et l'importance des indications

qu'ils présentent dans certains cas, nous engageant à donner quelque extension aux détails de cette observation.

Une femme primipare, âgée de vingt-quatre ans, entra à la clinique d'accouchements le 11 mai dernier, ressentant déjà des douleurs assez vives depuis plusieurs heures; la poche des eaux s'était rompue naturellement, et une assez grande quantité de liquide s'était écoulée; mais l'orifice utérin était encore peu dilaté. On remarqua dès lors que la grande lèvre droite offrait, ainsi que les membres abdominaux et surtout la jambe et le pied droits, des traces évidentes de développements variqueux. Le travail ne présenta rien de particulier et se termina même assez rapidement vers huit heures du matin. L'enfant était très-viable, et pesait 6 livres et demie. Quelques douleurs survinrent, et comme il était naturel de les attribuer aux contractions utérines, la sage-femme, qui était présente, introduisit quelques doigts pour opérer l'extraction du placenta, ce qu'elle fit sans difficulté; mais elle crut en même temps reconnaître la présence d'une autre tumeur sur les parois du vagin. Cependant les douleurs que la femme ressentait toujours dans le bas-ventre, et que l'on se croyait en droit d'attribuer aux tranchées utérines, devenaient de plus en plus vives, et bientôt il s'y joignit une perte de sang assez abondante; le facies était très-altéré, l'utérus assez élevé au-dessus du pubis, et la vessie distendue par l'urine ne pouvait être vidée à cause des difficultés qu'on avait à introduire la sonde. C'est alors que M. P. Dubois, en explorant les parties génitales, sentit avec le doigt et put apercevoir ensuite une tumeur assez volumineuse, violacée, ayant son siège sur la partie latérale droite du vagin, dont les rugosités étaient néanmoins encore visibles; elle offrait une fluctuation assez évidente, mais il était impossible d'atteindre ses limites, tant elle semblait étendue et profonde. Le professeur commença par opérer le cathétérisme, et pour cela fut obligé d'introduire la sonde parallèlement au pubis, parce que la vessie se trouvait refoulée au-dessus de lui, et que par conséquent le canal de l'urètre était tirailé, distendu dans le même sens. Il y avait quatre heures environ que la malade était accouchée, et la douleur et la perte, loin de diminuer, augmentaient d'une manière inquiétante. Il semblait, de plus, que le trombus devenait encore plus volumineux. M. P. Dubois craignit alors que l'épanchement de sang, qui s'était opéré sous les parois vaginales, ne vint à les décoller dans une trop grande étendue, à s'infiltrer dans le tissu cellulaire du bassin, et à donner lieu à une inflammation consécutive et à des collections purulentes qui auraient amené de graves accidents. Aussi, afin de les prévenir autant que possible, et dans le but aussi de faire cesser les douleurs extrêmement vives que ressentait la malade, il résolut d'ou-



vir le trombus, tout prêt à combattre, par les moyens appropriés, l'hémorrhagie qu'il risquait de voir survenir. Il pratiqua donc une incision sur la partie de la tumeur accessible; mais il en sortit à peine quelques gouttes de sang. M. P. Dubois reconnut alors qu'un caillot assez volumineux se présentait, et il lui fut facile de l'extraire avec les doigts; celui-ci fut suivi d'une grande quantité d'autres, dont le poids peut être évalué à au moins une livre; puis ensuite il se manifesta un écoulement de sang assez fort pour engager à pousser dans la vaste cavité qui avait contenu les caillots une certaine quantité d'eau fraîche; l'hémorrhagie s'arrêta en effet presque complètement. Ce dernier moyen fut préféré au tamponnement du vagin, qui en apparence au moins semblait favoriser le rapprochement des parois du foyer, parce qu'il était à craindre que si les vaisseaux déchirés donnaient encore du sang, celui-ci ne vînt à se faire jour à travers les parties sous-péritonéales, et ne les décollât encore davantage. Du reste, la facilité avec laquelle l'hémorrhagie se calma après l'injection prouve que cet accident à la suite de l'ouverture du trombus n'est pas aussi redoutable qu'on pourrait le croire. On n'avait donc plus à craindre que les accidents consécutifs aux désordres assez grands qui avaient dû être opérés par l'épanchement sanguin. Le lendemain de l'opération le pouls offrait un peu plus de fréquence, mais le troisième jour une douleur vive s'était développée dans le côté droit de l'abdomen, et nécessita successivement deux fortes applications de sangsues et une purgation avec l'huile de ricin. La douleur diminua, mais il existait toujours des symptômes de péritonite, et on essaya de la combattre à l'aide de frictions mercurielles. Le 15, l'état de la malade offrait toujours beaucoup de gravité; mais la localisation de la maladie permettait de conserver encore quelque espoir. La physionomie d'ailleurs était bonne, présentait même quelque chose de rassurant. Le pouls cependant était encore à 120, et le ventre assez développé. On continua les frictions mercurielles, sur l'efficacité desquelles pourtant M. P. Dubois ne comptait pas beaucoup. Le 19, les accidents inflammatoires semblaient avoir diminué, mais on n'était pas hors d'inquiétude; car on pouvait redouter encore une suppuration profonde du foyer et la résorption purulente: c'est ce qui malheureusement arriva. Le 23 diarrhée fréquente, quelques vomissements; l'écoulement lochial est blanc et répand une odeur fétide. Bain, injections émollientes dans le foyer, riz gommé, quarts de lavements avec 15 gouttes de laudanum. Mais bientôt se manifesta au col un abcès métastatique dont l'ouverture, pratiquée à l'aide du bistouri, laisse écouler une assez grande quantité de pus mal lié; enfin la gangrène ne tarda pas à s'emparer des parois du foyer et du vagin lui-même, et la malade succomba.

*Chute d'un troisième étage sur la tête; accidents très-graves; guérison.* — Dans la pratique de la chirurgie il est impossible de n'être pas frappé quelquefois du peu de gravité réelle que présentent dans leur marche et dans leur terminaison des affections en apparence très-graves à leur début, et qui semblaient devoir se terminer promptement par la mort. Voici une observation qui établit cette vérité; on y verra un accident suivi de symptômes en apparence d'une gravité extrême, et qui ont disparu par le traitement le plus simple.

Un maçon, âgé de vingt-neuf ans, tomba d'un troisième étage dans la cage d'un escalier dépourvu de rampe. Il perdit complètement connaissance et resta longtemps sans secours. Enfin, trois heures après, il est transporté à la Charité, dans le service de M. Velpeau. Là on constate l'état suivant : 1° à l'occiput une plaie de deux à trois centimètres de longueur, intéressant toute l'épaisseur du tégument jusqu'à l'os qui ne paraît pas fracturé; 2° une boursouffure considérable avec ecchymose des paupières de l'œil gauche; c'est à peine si on peut les entr'ouvrir; le globe de l'œil paraît sain; 3° à la fesse droite, une douleur vive et une tumeur due à un épanchement de sang; 4° enfin, au flanc droit, au-dessus de la crête iliaque, une tumeur ovoïde considérable de 15 centimètres de diamètre horizontal et de 10 centimètres de hauteur verticale; cette tumeur, se détachant parfaitement des parties voisines, est dure, rénitente en quelques points, fluctuante sur d'autres, sans changement de couleur à la peau, peu sensible à la pression; dans le voisinage la peau est excoriée dans une étendue de 15 centimètres; le malade a perdu une grande quantité de sang par la plaie du crâne et sans doute aussi par le nez. Il est dans un état de coma; ses paupières sont fermées; il répond lentement ou ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Il n'offre aucun signe de paralysie. Le pouls est médiocrement développé, sans fréquence.

Le pronostic fut jugé très-grave. En effet, la plupart de ces blessures, prises séparément, pouvaient être mortelles. La plaie du crâne ne pouvait s'être faite sans un ébranlement du cerveau, et par conséquent les dangers d'une contusion cérébrale étaient à craindre. L'ecchymose des paupières pouvait faire redouter aussi une fracture de la base du crâne. La violente contusion de la fesse avec épanchement de sang pouvait amener une suppuration dangereuse. Enfin l'énorme collection de sang formée dans le flanc devait faire craindre une déchirure de viscère, une lésion du foie ou du rein, dont le danger pouvait être extrême.

Mais ces blessures, graves par elles-mêmes, s'aggravaient nécessairement par leur réunion et par la réaction qu'elles pouvaient exercer les unes sur les autres. Elles entraînaient d'ailleurs des indications qui se

contraieraient réciproquement. Ainsi, n'était-il pas urgent de parer à l'inflammation qui pouvait éclater sur plusieurs points et devenir si funeste? Mais les émissions sanguines étaient contre-indiquées par les hémorrhagies éprouvées, par la torpeur du cerveau qui réclamait au contraire des stimulants.—M. Velpeau fit appliquer des compresses imbibées d'eau blanche sur l'œil gauche; un pansement simple à la plaie de l'occiput, et prescrivit une potion éthérée, et pour boisson, une infusion d'arnica. Le lendemain le malade est assez bien; la parole est plus facile; le poulx assez développé; aucun symptôme du côté du cerveau.—Un bandage de corps est appliqué sur le ventre.—Aucun accident ne survient; la tuméfaction des paupières se résout assez promptement; la plaie de tête se cicatrise, la collection sanguine se résorbe peu à peu sans qu'il survienne de suppuration, et le malade sort le 17 avril parfaitement guéri. On sentait dans le flanc une saillie linéaire, dure, de 0,10 de longueur (cicatrice musculaire).—Cependant il était survenu un fait entièrement insolite. Quelques jours avant sa sortie, cet homme s'aperçut qu'il avait la *région précordiale* complètement paralysée de la sensibilité. Eu lui pinçant fortement la peau de cette région, on ne déterminait aucune sensation, tandis que tout à l'entour le derme conservait toute sa sensibilité. Et cependant cette région n'avait été le siège d'aucune blessure, apparente du moins. Évidemment ce fait ne pouvait s'expliquer par une paralysie de la moëlle, qui eût déterminé l'insensibilité de toute la portion des téguments innervés par les trois ou quatre nerfs intercostaux, dont les dernières ramifications répondaient à la région paralysée... La science possède quelques faits de ce genre: il en est cité quelques-uns dans l'ouvrage de M. Ollivier; M. Velpeau en a publié également dans les *Archives* de 1825. L'explication de ce phénomène étrange est encore à trouver.

Lorsque le sujet quitta l'hôpital, cette paralysie existait encore au même degré. Ne peut-on pas rapprocher de ce fait celui d'un jeune homme entré dans le service de M. Velpeau, pour un bubon ancien avec décollement et amincissement de la peau, et chez lequel il survint tout à coup, sans cause connue, sans symptôme cérébral, une paralysie du nerf facial du côté droit, et qui disparut insensiblement et sans traitement dans l'espace de trois semaines?

N'est-on pas en droit d'en conclure que, même dans des cas si fâcheux en apparence, le praticien sage devra être extrêmement réservé dans son pronostic, puisqu'il est prouvé que quelquefois les lésions sont fort simples là où l'on pouvait craindre d'abord qu'elles fussent des plus graves, et que d'autres fois, lors même que l'on a sous les yeux des accidents dont la terminaison est le plus souvent funeste, la nature peut les conduire à une guérison prompte, facile et exempte de tout danger?

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**AFFECTION CATARRHALE des voies adriennes chez les enfants** (*Note sur l'*). S'il est une affection commune dans l'enfance, c'est assurément l'inflammation légère des voies aériennes, affection qui guérit presque toujours par le secours de simples soins hygiéniques, et très-souvent même malgré la plus complète négligence. Cependant, d'après M. Beau, cette affection donnerait quelquefois lieu à une série de symptômes non encore décrits, souvent graves, et qui ne seraient que la conséquence nécessaire et matérielle de l'affection catarrhale telle qu'elle se comporte dans l'enfance. Ces symptômes seraient ceux d'une sorte particulière d'*embarras* gastro-intestinal occasionné par la présence des matières de l'expectoration bronchique avalées par les petits malades. Cet observateur a vu, en effet, dans deux circonstances, et quelques médecins lui ont dit avoir fait la même remarque, des enfants, après avoir contracté un rhume qui, pendant les premiers jours, n'avait donné lieu à aucun phénomène général, perdre la gaieté, l'appétit, être pris de fièvre alors que le rhume entrant dans la période de maturité, alors que les produits de la sécrétion bronchique étaient avalés par les enfants. Deux fois il a dissipé tous les accidents en administrant un vomitif (30 grammes de sirop d'*Ipécacuanha*), et il a pu observer dans les matières vomies, celles qui provenaient des bronches. Donc, toutes les fois que chez un enfant un catarrhe bronchique n'aura été ni précédé ni accompagné de la fièvre dans les premiers jours de son apparition, et que cette fièvre avec anorexie et symptômes d'*embarras* gastrique surviendra à l'époque de maturité et coïncidera avec un gorgorillement particulier vers le larynx qui se produit au moment où les enfants vont avaler leurs crachats, M. Beau sera porté à croire que tous ces symptômes sont dus à la circonstance indiquée, et administrera un vomitif.

Que l'*embarras* gastrique n'accompagne pas souvent le catarrhe bronchique chez les enfants, c'est là un fait vulgaire de pratique que nous

nous étonnons de voir donner comme nouveau par un observateur aussi distingué que M. Beau. Un grand nombre de praticiens, dans tout catarrhe bronchique un peu intense, n'hésitent pas à prescrire un vomitif, et le vomitif par excellence chez les enfants, l'*Ipécacuanha*. Mais que cet *embarras* gastrique soit occasionné par les sécrétions bronchiques introduites dans l'estomac, c'est là peut-être ce que les faits, en trop petit nombre, invoqués par M. Beau, ne prouvent pas suffisamment. Ce n'en est pas moins un point de vue digne d'intérêt et de l'attention des praticiens. Il ne répugne nullement d'admettre que ces produits de sécrétion abondants et de nature irritante puissent occasionner des accidents gastriques. Nous avons dans ce moment en observation un enfant de quatre ans, phthisique au dernier degré, qui ne crache jamais, quoique ses deux poumons soient creusés de cavernes, mais qui rend par le vomissement les matières purulentes qu'il avale après chaque accès de toux. (*Journal de Méd.*, juin 1843.)

**AMAUROSE** (*De la valeur de la myotomie oculaire dans le traitement de l'*). Du traitement du strabisme la myotomie oculaire a passé à celui de l'*amaurose*, et plusieurs chirurgiens prétendent avoir guéri cette dernière affection en coupant un ou plusieurs muscles de l'œil. Ce serait là sans doute une des plus heureuses applications de la ténotomie, si les faits sur lesquels on a établi cette guérison vraiment extraordinaire n'étaient pas tous à un égal degré entachés d'erreur. Le premier qui a songé à appliquer la myotomie oculaire au traitement de l'*amaurose*, c'est le docteur Adams. *Obs. 1.* Le sujet de la première observation est une femme de vingt-deux ans, ne pouvant travailler à l'aiguille, ni lire, ni regarder de petits objets avec l'œil droit sans éprouver des vertiges et de la confusion dans la vue. Section du droit interne. Diplopie consécutive. Section du même muscle quinze jours après. Cessation de la diplopie. La vue gagne beaucoup. Plus tard, M. Pétre-

quin dit qu'il possédait plusieurs cas de guérison; il rapporta les deux suivants. *Obs. II.* Un ouvrier, âgé de dix-huit ans, était affecté d'une amaurose incomplète de l'œil gauche qui ne put être rattachée à aucune des causes ordinaires. Il y avait tendance à la déviation en dedans dans les mouvements des yeux. M. Pêrequin conclut que l'état spasmodique de l'appareil musculaire exerçait une profonde influence sur la fonction visuelle, et il coupa les deux muscles droits internes. La vue fut immédiatement améliorée à gauche, et eu cinq semaines elle devint tout à fait normale et égale à celle de l'œil droit.

La seconde observation est tout à fait semblable à la première; il est donc inutile d'en exposer les détails divers.

Deux autres faits cités par M. le docteur Ruete, professeur de Göttingue, complètent le nombre des cas d'amaurose qui auraient été guéris par la ténotomie oculaire. On a fait grand bruit de ces résultats, mais après tout, que prouvent-ils? M. Adams n'a certainement posé en affaire à des amauroses proprement dites. Ses deux malades étaient simplement affectés de disposition à la fatigue des yeux. Pour ce qui est des observations de M. Pêrequin, nous partageons l'opinion du docteur Flenssa, auteur du travail que nous analysons, et nous croyons qu'il n'est permis de voir dans ces deux observations que deux exemples de strabisme léger à droite, plus prononcé à gauche, et ayant produit dans l'œil de ce côté une anesthésie rétinienne. M. Florent Cuvier, et d'autres chirurgiens, ont opéré beaucoup de malades dans des cas semblables sans jamais songer à y voir des amauroses dans la vraie acception du mot, mais bien des anesthésies rétinienne, suites ordinaires du strabisme. Non, les faits cités par M. Pêrequin ne prouvent pas ce que leur titre : *Guérison de l'amaurose par la myotomie oculaire*, semble établir. Cinquante fois j'ai vu opérer des yeux à la fois louches et amaurotiques; l'opération n'a servi qu'à redresser l'œil, et souvent même à être sans résultat. Restent les deux cas rapportés par M. Ruete; ils ne paraissent pas plus concluants, à M. Flenssa; il ne voit dans chacun d'eux qu'une paralysie de la troisième paire, née chez l'un des malades à la suite de la suppression brusque

d'un exanthème cutané, et chez l'autre, à la suite d'une ophthalmiescrofulense, qui a nécessité un long séjour dans l'obscurité, et qui est ensuite passée à l'état torpide. On néglige trop d'ailleurs le diagnostic différentiel de la mydriase et de l'amaurose, et on rapporte à cette dernière des affections qui ne sont rien autre chose que des dilatations pupillaires qui expliquent très-bien la vue confuse. En résumé, les faits signalés par MM. Adams, Ruete et Pêrequin ne sont rien moins que propres à faire conclure que l'amaurose puisse jamais être curable par la division musculaire. (*Annales de la Société de médecine de Gand.*)

**ANKYLOSE ANGULAIRE DU GENOU DROIT.** *Section du muscle fléchisseur de la jambe. Redressement forcé. Guérison.* La nommée van Gandeysam (Marie) fut affectée à l'âge de sept ans d'une tumeur blanche au genou droit qui, diversement traitée jusqu'à l'âge de onze ans, laissait à cette époque pour résultat le membre ankylosé de la manière suivante : il existe une ankylose angulaire du genou avec rétraction évidente du muscle du jarret. L'articulation jouit encore d'un léger mouvement de flexion très-pen sensible, la rotule a conservé ses rapports et un peu de mobilité; la pointe du pied est tournée en dehors, et diverses cicatrices circulaires indiquent la trace des moxas dont on a entouré le genou : l'articulation n'est le siège d'aucune douleur, d'aucun gonflement. Le 28 avril 1842, l'opération ayant été acceptée, je fis, dit M. Lutens jeune, la section sous-cutanée des tendons des muscles demi-tendineux, demi-membraneux et biceps, en coupant des parties profondes vers la peau. Avant de faire la section du biceps, je cherchai la position du nerf poplité externe, et je fis en sorte de faire pénétrer mon ténotome entre lui et ce muscle. A peine l'opération achevée, un jet de sang très-élevé jaillit d'une des piqûres et me causa une vive frayeur. Une légère compression s'en rendit maître aisément. M. Lutens imprima d'abord quelques légers mouvements de flexion à la jambe sur la cuisse, puis il redressa violemment le membre, si bien qu'il entendit un craquement bien distinct. Le membre, à peu près redressé, fut placé sur une gouttière en carton, soutenu par une attelle et envelop-

pé d'un bandage amidonné. Trois jours après, aucun accident n'étant survenu, M. Lutens, pour achever le redressement du membre, eut recours à une machine qui lui a souvent réussi et qui consiste à garnir la face postérieure du membre d'une forte attelle bien rembourrée à ses extrémités, et à placer sur la rotule un tourniquet armé d'une forte courroie en cuir. Quinze jours après, le membre étant redressé fut de nouveau enveloppé d'un bandage amidonné, et il fut permis à l'opérée de s'appuyer sur ses pieds; mais à cette époque le pied droit tomba par son propre poids de manière à se rapprocher de la forme d'un pied varus; tout mouvement d'élévation y devint impossible, et en même temps tout le côté externe de la jambe fut privé de sensibilité. A ces signes, le chirurgien reconnut qu'il avait coupé le nerf poplitée externe en faisant la ténotomie. La paralysie, traitée par des douches froides et des frictions stimulantes, se dissipa lentement au bout de trois mois. Actuellement, 13 avril 1843, un an par conséquent après l'opération, la jambe est redressée, le pied porte complètement sur sa plante, la marche est assurée, mais raide, la rotule est libre, et les mouvements de l'articulation sont assez étendus. Si dans quelques circonstances on a pu avec raison accuser les chirurgiens de faire abus de la ténotomie, ce n'est pas dans le cas dont il s'agit que nous ferions ce reproche à M. Lutens qui, suivant nous, a saisi avec beaucoup de justesse l'indication principale. Ankylose incomplète et incolore; rétraction musculaire, ténotomie; dans l'état actuel de nos connaissances, ce sont bien là trois termes qui s'enchaînent et se commandent réciproquement. D'accord donc avec M. Lutens sur le fond lui-même de la question, nous différons d'avis quant au moyen de solution adopté par ce chirurgien. D'abord, nous pensons qu'il eût été facile d'éviter la section du nerf poplitée externe en pratiquant la section du muscle biceps de dehors en dedans; le procédé contraire, quelque habitude qu'on ait de le mettre en usage, expose toujours à lésar ce nerf, et conséquemment à produire la paralysie dont la guérison peut bien ne pas être aussi facilement obtenue que chez le malade qui fait le sujet de notre observation.

Nous blâmons ensuite avec énergie la violence mise à redresser brus-

quement l'articulation en produisant la rupture des moyens de connexion des surfaces articulaires entre elles; ce procédé rentre de tout point dans la méthode tant préconisée sous le nom du docteur Louvrier qui, dans ces derniers temps, en fut l'ardent propagateur. On sait que tous les brillants succès mis alors en avant pour soutenir ce traitement de l'ankylose si irrationnel, si antiphysiologique, se réduisirent à de si minces proportions que cette méthode, trop imprudemment adoptée un instant dans un grand hôpital de Paris, en fut bientôt proscrite à cause des accidents inflammatoires très-graves qu'elle déterminait; résultat qu'à priori il était on ne peut plus facile de prévoir (*Annales de la Société de Médecine d'Anvers*, mai 1843.)

**BLENNORRHAGIE** (*Sur le traitement abortif de la*) par les injections de nitrate d'argent à haute dose. Le Mémoire de M. Debeney sur lequel nous nous sommes étendu longuement il y a quelques mois (Voyez notre article du Répertoire, t. XXIII, p. 225) a été l'objet d'un rapport à la Société de médecine de Lyon. Une commission, composée de MM. Levrat-Perrotin, Baumès et Gauthier, a été chargée par cette compagnie de répéter les expériences de l'auteur et d'apprécier son procédé qui consiste, comme on le verra dans l'article auquel nous renvoyons, à traiter toutes les blennorrhagies au début, au milieu comme au déclin, par les injections de nitrate d'argent à la dose de 60, 70, 80 centigrammes de ce sel par 30 grammes d'eau distillée. Il est donc important de faire connaître à nos lecteurs les résultats des nouvelles expérimentations faites. Nos confrères de Lyon n'ont pas obtenu par les injections de nitrate d'argent à haute dose les mêmes succès que M. Debeney. M. Baumès a employé dans ses salles à l'Antiquaille, chez quatre malades, l'injection avec 60 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 30 grammes d'eau. Ces injections ont toujours exaspéré le mal et ne l'ont jamais guéri. Le premier malade était atteint d'une blennorrhagie peu intense depuis cinq jours. Après l'injection de nitrate d'argent douloureuse, très-vive, hématurie, écoulement plus abondant. Des injections avec l'eau blanche furent ensuite pratiquées pendant

quelques jours; l'écoulement diminua et fut réduit à un suintement muco-sopurulent qui n'a cédé qu'au baume de copahu et au poivre de cubèbe. Le second malade était au douzième jour d'une blennorrhagie intense, l'écoulement était abondant, l'inflammation et la douleur vives. Deux injections de nitrate d'argent sont pratiquées à un jour d'intervalle. Après ces injections, exaspération des symptômes, douleur très-vive, hématurie. Trois jours après, injections d'eau blanche, diminution de l'inflammation, mais persistance de l'écoulement. Saignée du bras, régime sévère. Le malade n'a pu guérir que par un opiat avec le tanuin, le copahu et le poivre de cubèbe. Le troisième malade était atteint de blennorrhagie depuis sept mois; l'écoulement était toujours abondant et accompagné d'un peu de douleur. Deux injections de nitrate d'argent n'ont fait qu'exaspérer les symptômes, et aujourd'hui, après un mois, le malade n'est pas guéri. Enfin chez le quatrième malade, qui était au douzième jour d'une blennorrhagie accompagnée de douleur et d'écoulement abondant, les injections caustiques n'ont pas eu plus de succès. Après un mois, son mal persiste toujours. Ainsi, comme on le voit, entre les mains de M. Baumès, les injections caustiques n'ont eu d'autre résultat qu'une exaspération du mal. La commission de la Société de médecine de Lyon pense que la méthode de M. Debeney ne peut point être recommandée comme une méthode générale de traitement dans la blennorrhagie. Elle peut, sans doute, être employée quelquefois avec succès, surtout dans le début; mais elle peut être sujette à de nombreux inconvénients. Elle produit une inflammation très-vive et très-douloureuse de l'urètre, et laisse souvent après elle des suintements chroniques. On pourrait la mettre en usage chez des malades qui auraient un grand intérêt à guérir très-vite, mais il faudrait les prévenir des dangers qu'elle peut entraîner.

Telle est l'opinion selon nous raisonnable et sage adoptée par la Société de médecine de Lyon.

Mais, dans le même numéro du journal où nous la trouvons consignée, nous lisons des faits qui sont plus favorables à la méthode de M. Debeney que ceux recueillis par M. Baumès à l'Antiquaille; notre de-

voir d'historien est de les faire connaître. M. le docteur Leriche, chargé de la division des hommes dans le dispensaire spécial des maladies vénériennes fondé à Lyon, a traité, pendant le semestre d'avril à octobre 1842, 58 individus atteints de blennorrhagies. Sur ce nombre, 56 ont été guéris; 8 restaient en traitement le 1<sup>er</sup> octobre, et 4 n'ont pas fait connaître le résultat du traitement. La guérison a été obtenue 28 fois du septième au douzième jour; 12 fois en 15 jours, 10 fois en 20 jours, 6 fois en 30 jours, 2 fois en 60 jours.

Or, la base du traitement qui a été mis en usage chez ces malades est le nitrate d'argent en injections. Et à quelle dose? A une dose plus forte que celle employée par M. Baumès; à celle de 1 gramme de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. M. Leriche proclame l'innocuité du moyen et les résultats rapides qu'il a obtenus de son emploi. Un homme de vingt-huit ans avait depuis huit jours une urétrite: rougeur prouoncée du pourtour de l'orifice du gland; érections douloureuses, écoulement blanc jaunâtre abondant. Le 6 octobre, *injection de nitrate d'argent*; le 8, presque plus de douleur, diminution notable de l'écoulement; *injection, id.* le 10; douleur légère en urinant; écoulement presque nul. Potion de copahu par cuillerée. Le 11, plus d'écoulement ni de douleur; depuis trois jours, on continue la potion. Le 18, rien n'a reparu; on cesse tout traitement. — Chez un menuisier de vingt-six ans ayant un écoulement depuis treize mois, peu abondant, d'un blanc crémeux, peu de douleurs après l'émission des urines, aucun signe d'inflammation aiguë, M. Leriche fait pratiquer, le 25 août, une injection de nitrate d'argent, injection qui ne détermine pas de douleur. L'écoulement est très-abondant le 26 au matin, mais le soir il a entièrement cessé. Le 27, l'écoulement reparait un peu; nouvelle injection qui cause une faible douleur; on prescrit alors des injections avec une solution dans l'eau d'acétate de plomb cristallisé. Le 3 septembre la guérison était complète.

Chez ce dernier malade, il n'y a eu jamais de douleur par suite de l'injection. L'écoulement était chronique, et dans cet état M. Leriche a vu l'absence de la douleur assez

constante. Dans l'état aigu, au contraire, il a constaté une douleur vive dont la durée est variable; vingt minutes, une demi-heure, deux heures même, mais très-rarement. M. Leriche a voulu, d'après les conseils de M. Deheney, employer les injections de nitrate d'argent à haute dose comme unique moyen de traitement; mais malgré la rapidité avec laquelle les écoulements cessaient, il a été obligé d'y renoncer, parce que les récidives étaient trop fréquentes. Aujourd'hui il tire parti au dispensaire de ce puissant agent qui modifie d'une manière si prompt, dit-il, la sécrétion de la muqueuse urébrale; mais il le combine avec d'autres moyens, et principalement avec les injections saturnines et les capsules de copahu. (*Journ. de médecine de Lyon*, mai 1843.)

**CALCUL BILIAIRE** (*Elimination d'un*) à travers les parois abdominales. L'observation qui suit démontre la puissance dont est douée la nature pour débarrasser l'économie des produits accidentels qui s'y développent, en même temps qu'elle nous apprend par un fait des plus rares combien on doit être réservé dans le diagnostic des tumeurs qui se montrent sur les parois de l'abdomen. En mars 1841, M. Klemm fut appelé chez une femme de soixante-dix ans, encore robuste, qui se plaignait depuis longtemps de tousser et d'avoir une tumeur à l'hypogastre du côté droit. L'exploration fit reconnaître vers l'hypocondre droit, au-dessus des fausses côtes, une tumeur dure du volume d'un œuf d'oie, mobile, et néanmoins adhérente aux téguments externes de l'abdomen. La pression était douloureuse et retentissait dans la région hépatique. Cette tumeur, au dire de la malade, était survenue depuis deux mois, en même temps que la toux. Du reste, santé bonne, pas de fièvre ni aucun symptôme de maladie du foie; toutes les sécrétions et excretions se faisaient normalement: appétit bon, aucune coloration morbide des yeux et de la peau. On se borna à l'usage des émollients et des calmants; au bout de quatorze jours la tumeur se gonfla, devint rouge, douloureuse; trois jours après, fluctuation manifeste; une incision donna issue à environ 2 onces de sérosité purulente, jaunâtre et mêlée de sang. La tumeur néanmoins conserva sa forme

et sa dureté. A l'exploration avec la sonde, on découvrit, à la profondeur d'un ponce et demi, un corps dur qu'on pouvait circoncrire en enfonçant le stylet à près de trois ponces. L'incision étant agrandie, M. Klemm put extraire ce corps qui était enfoncé dans un kyste très-dense, situé entre les muscles des parois abdominales, et que l'on reconnut pour un calcul biliaire d'un volume considérable. Il avait la forme de la vésicule biliaire même, quoiqu'il fût plus volumineux, puisqu'il avait environ la grosseur d'un œuf de poule. La surface extérieure était d'une couleur brune foncee, à l'intérieur, d'un jaune clair et d'une disposition rayonnée; au centre, on trouvait un petit noyau d'où partaient des radiations transparentes presque cristallines. La matière de ce calcul était friable, très-rapidement combustible, soluble dans l'essence de térébenthine et dans l'éther sulfurique; son poids était de 6 gros et 2 grains. Après l'extraction du calcul et une suppuration médiocrement longue de la plaie, celle-ci se cicatrisa complètement, et depuis cette époque la femme jouit d'une santé parfaite. — Pour expliquer ce fait, il faut admettre une inflammation de la vésicule biliaire, par suite son adhérence avec la paroi abdominale; seulement ce qu'il y a de remarquable c'est l'absence complète des symptômes qui dénotent habituellement une affection des voies biliaires, ainsi que le volume considérable du calcul qui suppose une ampliation de la vésicule à un degré qu'elle ne paraît pas d'abord susceptible de pouvoir atteindre. Nous ferons enfin remarquer la coïncidence entre le développement de la tumeur et l'apparition de la toux; ce rapprochement rendait plus difficile encore le diagnostic en laissant présumer l'existence possible d'une hernie pariétale. En un mot, c'est là un cas on ne peut plus intéressant et qui ne doit pas être perdu pour la pratique. (*Berliner med. central Zeitung*);

**CONJONCTIVITE** (*De la*) rapportée à l'action pathogénique de l'iodure de potassium. Depuis la publication dans ce journal (Voy. t. XXIII, p. 161) du beau travail de M. Ricord sur l'action pathogénique de l'iodure de potassium, l'emploi de ce médicament utile s'est rapidement propagé, non-seulement dans les affections vénériennes, mais



même dans les scrofules, le rhumatisme, etc. Il est présumable que ce modificateur puissant sera essayé dans beaucoup d'autres maladies, il est donc fort intéressant de connaître les accidents auxquels son usage peut donner lieu. M. le docteur Paul Bernard vient d'attirer l'attention des praticiens sur une ophthalmie encore peu connue, qu'il rattache comme cause à l'emploi de l'iodure de potassium, et qui par son caractère, sa marche et son traitement, formerait une variété nouvelle de conjonctivite.

Quant à ses symptômes, voici l'analyse de ceux décrits par M. Paul Bernard : presque subitement injection et rougeur de la conjonctive, tantôt en forme d'ecchymoses partielles, tantôt en arborisation. Les vaisseaux de la sclérotique partiellement rarement à cet engorgement; supersécrétion des larmes, photophobie légère; cercle ciliaire injecté, présentant un aspect blématique très-prononcé; cornée saine au milieu de l'inflammation la plus vive de la conjonctive; il en est de même de l'iris, des autres membranes et des humeurs intérieures de l'œil. Au début, les vaisseaux injectés de la muqueuse oculaire apparaissent tortueux, rouges et petits, en laissant entre eux des espaces blancs de la membrane qui les recouvre; mais bientôt ils augmentent de volume, et la coloration rouge passe au bleu clair, puis enfin au bien foncé quand la maladie est arrivée à son apogée. Alors infiltration du tissu sous-conjonctival, tuméfaction de la muqueuse, et les vaisseaux, déjà fortement injectés, deviennent plus gros, plus nombreux et plus saillants.

Cette conjonctivite étant sans complications, la sécrétion muqueuse à laquelle elle donne lieu est toujours bénigne et sans tendance à la purulence; l'ophthalmie blennorrhagique est au contraire très-défavorablement influencée par l'emploi de l'iodure de potassium.

Cette affection se déclare ordinairement du second au troisième mois environ de l'usage non interrompu de l'iodure de potassium, et débute tantôt par un seul œil, tantôt par les deux, l'inflammation envahissant tantôt la totalité, tantôt partie de la conjonctive. Les accidents vont en augmentant pendant cinq à six jours, puis restent stationnaires, puis s'éteignent lentement pour de plus re-

venir sur le même individu pendant toute la durée du traitement.

Elle se termine presque toujours par résolution, même dans les cas les plus graves. Dans cette conjonctivite, on n'observe jamais les granulations palpébrales, si fréquentes à la suite des ophthalmies catarrhales.

Le pronostic ne peut être grave que dans le cas où l'on n'aurait pas reconnu la cause de la maladie et que l'on continuerait l'usage de l'iodure de potassium.

La suspension de l'iodure de potassium suffit le plus souvent pour enrayer la marche de la maladie. Dans les cas intenses, on peut avoir recours au traitement antiphlogistique, soit général, soit local, aux purgatifs salins, aux frictions d'onguent mercurel autour de l'orbite, aux collyres de zinc; mais les meilleurs moyens échouent, si l'on ne suspend pas l'emploi de l'iodure de potassium. (*Annales d'Oculistique*, mai 1843.)

**DELIRIUM TREMENS** traité et guéri par les émissions sanguines d' doses élevées. Le *delirium tremens* est une des affections qui donnent le plus à réfléchir au médecin. On sait qu'alors que tous les symptômes semblent indiquer une affection céphalique de nature franchement inflammatoire, le traitement vient donner un démenti à ce jugement, et attester que cette affection est, dans la presque généralité des cas, essentiellement nerveuse; car elle cède à l'opium, qui, si la maladie était inflammatoire, aurait pour effet inévitable d'augmenter le mouvement fluxionnaire vers la tête et l'inflammation. Nous avons vu un certain nombre de cas de *delirium tremens*, et dans tous l'opium s'est montré comme le spécifique de cette affection. Nous n'ignorons pas cependant que quelques médecins ont traité le délire tremblant des ivrognes par les émissions sanguines, et disent avoir eu des résultats avantageux. Pour notre compte, nous serions très-réservé, à moins d'indications particulières, sur l'emploi de ce moyen. M. le docteur Vinchon s'en est bien trouvé dans le cas dont nous allons donner l'analyse; nous le voulons bien, mais, à nos yeux, ce résultat doit être considéré comme exceptionnel, en admettant même que le malade était réellement atteint de *delirium tremens*. Un

homme de cinquante ans, trapu, bien musclé, à visage injecté et couvert de couperose, est employé depuis trente ans comme tonnelier à l'entrepiôt des vins, section des eaux-de-vie: non-seulement il est plongé dans une atmosphère alcoolique, mais il boit encore avec passion du vin et de l'eau-de-vie; il est le plus souvent ivre. Dans son état naturel, ses membres sont dans un état permanent de vacillation. Tous les trois ou quatre mois, depuis plusieurs années, il est pris d'un accès de delirium tremens des plus violents. Quelques jours avant l'invasion, il éprouve un malaise général: la bouche devient pâteuse; la soif s'allume; les yeux s'injectent, et la tête est le siège d'une céphalalgie obtuse et continue: le tremblement des membres supérieurs augmente; l'épigastre est sensible; il y a une violente oppression, des vomissements muqueux; le pouls est plein, fort tendu; les veines sont turgescents, mais la peau n'est pas plus chaude que d'habitude. Le délire n'est pas constant; mais lorsqu'il apparaît, il revêt la forme d'un souvenir pénible; il cause des larmes abondantes. Dans quelques accès il a perdu complètement connaissance. « Toutes les fois que son accès lui prit, dit M. Vinchon, il lui fut fait une très-forte saignée qu'il demandait avec instance pour calmer son mal de tête. On le mettait à l'emploi de la limonade, aux révulsifs sur les membres inférieurs, et aux compresses d'eau froide vialagnée sur le front. L'insomnie durait jusqu'à la fin de la nuit; alors il s'endormait, et tout rentrait dans l'ordre sans crise manifeste. Le lendemain, il était calme, sans céphalalgie, se sentait allégé, et reprenait son travail habituel. Jamais la saignée, chez cet homme, n'a eu le moindre inconvénient, dit notre confrère, quoiqu'on lui eût tiré quelquefois jusqu'à six ou sept palettes de sang. » Il a même observé que lorsqu'il était appelé pendant la période des prodromes, l'accès était prévenu par la saignée. — Nous voyons bien chez le sujet la cause qui amène le délire tremblant; mais nous ne trouvons pas dans l'observation les traits incontestables du delirium tremens. Le sujet est trapu, bien musclé, à bon cœur; il a, chaque trois ou quatre mois, des signes de congestion active vers la tête; combattue par la saignée, le délire ne

survient pas, et quand ce délire a lieu, il revêt la forme triste: ce n'est pas là la marche du delirium tremens franchement caractérisé. (*Annales médico-psychologiques*, mai 1813.)

**DISPENSAIRE SPÉCIAL pour les maladies vénériennes.** Un établissement des plus utiles a été créé depuis deux ans à Lyon: c'est un dispensaire où sont soignés gratuitement les malheureux ouvriers et ouvrières atteints de maladies vénériennes, et qui, dépourvus de ressources pécuniaires, étaient rejetés de l'hospice de l'Antiquaille, parce qu'ils ne pouvaient payer la dépense de leur séjour et devenaient alors la proie des charlatans. Cette institution a commencé avec de faibles secours; car basée sur les dons volontaires, elle n'a eu en 1841 que 40 souscripteurs; mais en 1842 les souscripteurs ont été à 127, et ils augmentent encore, de sorte que l'on peut croire l'avenir de cette œuvre philanthropique assuré.

Le dispensaire spécial de Lyon a réalisé un grand bien, puisque du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1842 on y a traité 403 malades, et que, d'après le mouvement du premier trimestre 1843, on évalue à 1,000 les traitements de cette année. Le service du dispensaire est fait par deux médecins, MM. Igonin et Leriche; l'un a les femmes, l'autre les hommes. Les femmes sont reçues les lundi, mercredi et vendredi de 2 à 4 heures; sont exceptées les femmes de mauvaise vie qui sont sous la surveillance de la police. Les hommes, les mardi, jeudi et samedi aux mêmes heures. Une grande pensée de moralité a présidé à la distribution du local où les malades sont reçus. Ceux-ci ne sont point réunis dans une salle commune; il y a un certain nombre de cellules dans chacune desquelles un seul malade est introduit. Ensuite chaque malade est pris à son tour par numéro d'ordre et conduit dans le cabinet du médecin pour y recevoir les avis et les prescriptions dont il a besoin. Aucune communication n'existe entre les malades; ils ne se voient pas; chacun d'eux peut croire qu'il est seul. Trois genres de secours sont accordés aux malades: 1<sup>o</sup> les consultations, 2<sup>o</sup> les visites à domicile toutes les fois que la gravité de la maladie les empêche de se rendre

au dispensaire, 3<sup>e</sup> la distribution des médicaments. On peut se convaincre de l'ordre et de l'économie qui règnent dans le dispensaire, en voyant que chaque malade n'a coûté jusqu'ici, en y comprenant toutes les dépenses nécessitées par les frais d'établissement, que 5 fr. 2 cent. On évalue aujourd'hui que chaque malade ne coûtera pas plus de 2 fr. 50 c. par an.

Dans le semestre d'avril à octobre 1842, il est entré au dispensaire 131 hommes et 57 femmes. Parmi les hommes, 113 étaient célibataires et 18 mariés; parmi les femmes, 26 étaient mariées et 31 filles. La moyenne des journées de maladies a été pour chaque malade de vingt jours; la dépense en médicaments a été pour ce semestre de 2 fr. 25 c. pour les hommes et de 2 fr. 30 c. pour les femmes.

Toutes les grandes villes, Marseille, Bordeaux, Nantes, Toulouse, etc., devraient imiter l'exemple qui leur est offert par Lyon. L'institution d'un dispensaire spécial serait un grand bienfait pour les nombreux ouvriers que ces cités populeuses renferment. (*Journ. de Médéc. de Lyon*, mai 1843.)

**EPISTAXIS** (*Emploi de l'éponge préparée contre l'*). Aux procédés hémostatiques dont nous entretenons encore dernièrement nos lecteurs, il faut ajouter le suivant que M. le docteur Calvy, de Toulon, préconise comme lui ayant donné des résultats constamment favorables. Ce procédé consiste simplement à apposer sur les surfaces hémorrhagiques un morceau d'éponge préparée. Si les vaisseaux qui fournissent le sang sont les plus rapprochés de l'ouverture antérieure des fosses nasales, et si l'on pense que le tamponnement antérieur suffira pour arrêter l'hémorrhagie, on commencera par diviser, dans le sens de la longueur, en trois portions égales, selon l'intensité de l'épistaxis et la dimension des narines, un bâton d'éponge ficelée de la grosseur d'un tuyau de plume ordinaire et de la longueur d'un pouce à un pouce et demi; ensuite on l'introduira, après en avoir arrondi les arêtes, dans l'orifice antérieur des fosses nasales. Deux ou trois jours après, on enlève l'éponge, si déjà elle n'est point sortie spontanément. Pour la retirer facilement, on a soin de laisser la

partie inférieure du bâton d'agaric accessible aux doigts; s'il en était autrement, l'extraction se ferait avec une pince à pansement, ou mieux encore on pourrait attacher au tampon un fil qui resterait à l'extérieur.

Dans le cas où l'hémorrhagie continuerait à se faire par l'ouverture postérieure des fosses nasales, l'auteur du procédé dont il s'agit pense qu'il serait très-facile d'y remédier à l'aide d'un bâton d'éponge de longueur et d'épaisseur convenables que l'on fléchirait en forme de sonde et qu'on introduirait jusque dans l'orifice postérieur. Quant au mode d'action de ce tamponnement, il est inutile d'y insister; on comprend fort bien que la pression exercée par l'éponge, en se dilatant, a pour effet d'oblitérer les vaisseaux, source de l'exhalation sanguine; et qu'en outre ce cylindre, en se ramollissant par le contact du sang qui s'infiltre dans son épaisseur où il est retenu, favorise la formation des caillots qui se déposent à sa surface comme autour d'un noyau central. M. Calvy fait observer que, dans les cas où l'éponge seule serait insuffisante pour suspendre l'écoulement sanguin, il serait très-facile de la revêtir d'une substance styptique quelconque et de rendre ainsi infailible le résultat qu'on veut obtenir. L'auteur donne plusieurs observations à l'appui de ce procédé qui lui a constamment réussi. (*Gaz. médic. de Paris*, mai 1843.)

**GERÇURES DU SEIN** (*De l'emploi de la teinture de carhou contre les*). Un praticien anglais se loue beaucoup de la teinture de cachou appliquée deux fois par jour avec un pinceau très-doux sur les gerçures qui survenaient au sein des nourrices. Il cite un cas de gerçures suivies de dénudation presque complète avec des douleurs intolérables, qui allaient réduire la mère à la nécessité de sevrer son enfant. L'emploi de la teinture de cachou, appliquée comme nous l'avons dit, remit en deux jours le sein dans son état normal, et cette femme put continuer d'allaiter plus d'une année encore. (*The Lancet et Journ. des Conn.-méd.-chir.*, mai 1843.)

**HYDROCÉPHALE CHRONIQUE** (*Ponction du cerveau dans les cas d'*). Un enfant âgé de seize mois avait la tête volumineuse, transpa-

rente; les sutures offraient un écartement d'environ trois quarts de pouce; les pupilles étaient largement dilatées; les yeux insensibles à l'action de la lumière: des convulsions fréquentes avaient lieu. Le docteur Woodrofe, pensant que les méthodes ordinaires de traitement seraient inutiles, se décida à évacuer le liquide épanché dans l'intérieur du crâne. Les téguments furent divisés sur le côté droit, et un trocart fut plongé ensuite dans le ventricule correspondant du cerveau. Il s'écoula par la canule environ onze onces de liquide. La tête perdit aussitôt sa tension et sa forme globulaire: on réunit la plaie, et on fit une légère compression. L'enfant tomba très-bas immédiatement après l'opération; mais peu à peu les symptômes graves disparurent. Au bout de quelques semaines, la tête avait grossi de nouveau; on fit du côté gauche la même opération qu'à droite. L'enfant alla de mieux en mieux; les convulsions ne se montrèrent plus; les yeux redevinrent sensibles à la lumière. A la quatrième semaine, la tête était loin d'avoir acquis le même volume qu'à la même époque après la première opération: on ne jugea pas nécessaire d'en pratiquer une troisième. Dix semaines s'étaient écoulées, et l'enfant était toujours dans un état satisfaisant, lorsqu'il a péri au milieu de convulsions nouvelles. On apprit que la mère avait eu l'imprudence de lui donner du vin depuis quelques jours.

En rapportant ce fait d'après le journal anglais (*the Dublin journal of med. sc.*, mars 1813), nous n'avons pas entendu prendre sur nous la responsabilité des opinions du rédacteur de cette feuille, qui conclut de cette observation que la ponction peut être sans danger dans beaucoup de cas; son innocence dans celui-ci lui paraît démontrée, bien que l'enfant soit tombé très-bas immédiatement après l'opération; or, en présence de ce résultat immédiat, comment se fait-il que l'on soutienne l'innocuité de la ponction céphalique? S'il en était ainsi, nous ne verrions pas, à l'Hôpital des enfants de Paris, cette opération complètement abandonnée par les hommes expérimentés qui sont à la tête de cet établissement, où si souvent l'occasion est offerte de l'appliquer. D'ailleurs, quel que soit l'effet in-

stantané de l'opération, la récurrence de l'épanchement s'observe presque constamment.

#### HYPERTROPHIE DE LA RATE.

L'extrait de jusquiame uni à l'iodeure de potassium a été donné avec succès par M. Guirac, professeur de clinique médicale à Bordeaux, dans les engorgements de la rate consécutifs à des fièvres intermittentes. Voici le mode de traitement qui a été suivi chez une jeune fille de vingt ans, d'une constitution faible et dont la menstruation était supprimée depuis deux ans :

Prenez :	
Extrait de jusquiame.....	3 grans.
Limsille de fer.....	2 gram.
Iode.....	50 centigr.
Iodure de potassium.....	1 gram.

Mélez et divisez en 50 pilules.

La malade en a pris de six à huit par jour, et au bout de quelques semaines, l'engorgement de la rate avait disparu. (*Journ. de méd. prat. de Bordeaux et Journ. des Conn. méd.-chir.*, mai 1813.)

#### IODORE DE POTASSIUM dans les symptômes syphilitiques tertiaires.

M. Ricord a rendu un service incontestable à la pratique en établissant mieux qu'on ne l'avait fait avant lui la différence importante des symptômes secondaires et des symptômes tertiaires de la syphilis, en instituant surtout une thérapeutique nouvelle contre ces derniers accidents, auxquels on n'opposait avant lui, toujours et partout, que le mercure. L'iodeure de potassium, dont M. Ricord a fait le premier, en 1839, dans ce journal, connaître l'efficacité (*T. XVII*, p. 21, et t. XIX, p. 15), rend tous les jours aux praticiens des services immenses. En voici un nouvel exemple très-remarquable, publié par M. le docteur Guérétin. Un homme de cinquante-quatre ans, notaire, d'une bonne constitution, bien portant jusqu'à vingt-cinq ans, contracta à cette époque une blennorrhagie compliquée de végétations sur le gland, dont il fut mal traité pendant six mois. De vingt-cinq à trente ans, il contracta plusieurs blennorrhagies dont il guérit rapidement. De trente à quarante ans, pustules muqueuses à l'anus. A quarante-deux ans, fatigues générales, brisement habituel dans les cuisses et le bassin, céphalalgies opiniâtres, embarras abdominal. Il devint triste, morose, replet. Vers

quarante-six ans, céphalalgies plus vives et continuës, revêtant le caractère de migraines. Vers quarante-neuf ans, nouvelle hémorrhagie rapidement guérie. A cinquante ans, aggravation de la céphalalgie, qui devient continuë; apparition de bosselures dures, empatées, sur le cuir chevelu, et siégeant spécialement dans les os du crâne et leur périoste, dont quelques-unes ont le volume d'un fort marron, aplaties et fluctuantes. Un ozène très-fétide se déclare aussi, qui donne lieu à un écoulement presque continu par la narine gauche de flocons purulents, sanguinolents, d'une odeur désagréable. La racine du nez se déprime sensiblement; le malade devient de plus en plus morose et souffrant; tous les traitements n'aboutissent à rien. C'est alors, en 1840, le malade ayant cinquante-quatre ans, que M. Guérétin commence l'emploi de l'iodure de potassium. Cessation de la céphalalgie au bout de dix jours; diminution sensible des tumeurs crâniennes. Mais le malade cesse le traitement au bout de quatre semaines, et les accidents reparaissent avec plus d'intensité. Il le recommence un peu plus tard et le continue pendant quatre mois de la manière suivante: il prit d'abord l'iodure de potassium à la dose de 50 centigr. par jour, dose qui fut augmentée de 50 autres tous les cinq jours. L'iodure était pris en trois fois dans la journée, dans 60 grammes de sirop de salsepareille. Ce traitement ne détermina que des accidents insignifiants: la céphalalgie, les tumeurs crâniennes, l'ozène et tous les phénomènes morbides disparurent graduellement; le malade reprit sa gaieté, et la guérison fut complète et radicale.

Cette observation n'est pas seulement intéressante sous le point de vue de l'efficacité de l'iodure de potassium. Le malade qui en est le sujet, outre les accidents syphilitiques, éprouvait encore une affection très-rare, caractérisée, depuis l'âge de vingt-cinq ans, par une difficulté particulière d'écrire, difficulté qui alla d'abord en augmentant, puis qui resta égale, très-pénible, très-fatigante, et qui dura pendant plus de trente ans sans qu'aucun remède, aucun traitement, même la ténocomie des muscles de l'avant-bras, pussent apporter la moindre amélioration. Du moment où le malade voulait pren-

dre la plume et tracer des mots, une contracture très-marquée s'emparait presque de suite d'un ou de plusieurs muscles de l'avant-bras, surtout vers le bord interne; les muscles des éminences thénar et hypothénar se raidissaient très-fortement aussi; les doigts se serraient convulsivement; une tension très-fatigante survenait au poignet; le malade ne pouvait tracer qu'avec lenteur quelques mots incomplets, et pour peu qu'il voulût persister, l'index d'abord, puis les autres doigts, par une extension forcée et convulsive, abandonnaient la plume qui était lancée à quelques centimètres, et, quel que fût le moment de l'écriture, la lettre commencée était brusquement interrompue.

Les médecins allemands paraissent avoir observé plus souvent qu'en France cette singulière affection, qu'ils ont désignée sous le nom de *crampe des écrivains*. Dans toutes les observations connues la thérapeutique a été impuissante. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, mai 1843.)

**MÉNINGITE guérie par les frictions mercurielles.** Depuis que le travail de M. Serre (d'Alais), inséré dans le *Bulletin* (V. T. XII), a attiré l'attention des praticiens sur le traitement abortif des inflammations par les frictions mercurielles, des faits nombreux ont confirmé les résultats que nous avons été un des premiers à annoncer. Ce traitement a été employé avec succès dans la méningite des enfants, et M. le docteur Mazade a publié un intéressant travail sur ce sujet. Voici une observation confirmative de ces succès. Ducà M. le docteur Solier fils. Un jeune garçon de seize mois, bien constitué, après avoir été conduit à une fête champêtre et exposé au soleil un mois de mars, éprouve dans la nuit une chaleur brûlante, des vomissements, de l'agitation. Il a les pupilles dilatées, le pouls fréquent, des rougeurs à l'une ou à l'autre joue alternativement, des soubresauts, des démaugaisons dans le nez, de la toux. Pendant trois jours on le traite par des vomitifs, et la situation s'aggrave. Alors on pratique sur l'abdomen et sur la tête rasée des frictions avec l'onguent napolitain; mais en même temps on applique un vésicatoire au bras, des cataplasmes sinapisés aux jambes; on administre une potion avec l'huile de ricin, puis le

calomel; un peu plus tard, deux larges vésicatoires aux jambes, et toute cette thérapeutique active dissipe les symptômes graves.

Quoique les frictions mercurielles aient été fréquentes et à haute dose, il est difficile de conclure, dans ce fait, à leur efficacité. Les adjuvants énergiques qui ont été employés doivent être mis en ligne de compte. Des symptômes analogues à ceux éprouvés par ce malade se dissipent souvent à l'aide des moyens employés par M. Sollier, moins les frictions mercurielles. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, mai 1843.)

**ORCHITE** (*Emploi des injections irritantes de l'urètre pour la guérison de l'*). Swédiaur regardait la pratique de porter de la matière blennorrhagique sur la muqueuse urétrale comme la meilleure qu'on pût opposer au développement de l'épididymite blennorrhagique. Aujourd'hui cette méthode est fort peu suivie, quoiqu'elle ait ses avantages et qu'elle pût être employée sans exclure les autres moyens usités, les saignées, les sangsues, etc. M. Leriche s'applaudit beaucoup d'avoir fait des injections irritantes dans le canal de l'urètre, la base du traitement qu'il a appliqué à treize orchites qui se sont présentées à lui au dispensaire de Lyon. Sur ces 13 orchites, 5 ont été guéries, 2 n'ont pas fait constater leur guérison, 1 est entré à l'hôpital, 5 sont en traitement. Partant de cette idée que l'inflammation du canal de l'urètre est souvent la cause de l'orchite blennorrhagique, M. Leriche a voulu, en ramenant cette inflammation à un degré plus élevé que celle qui existait, faire disparaître l'orchite par l'effet révulsif. Les résultats sont venus, dit-il, confirmer ses espérances et les ont même dépassées, puisque la moyenne de la durée des orchites qu'il a traitées n'a été que de dix jours, alors qu'elle est estimée être généralement de vingt jours. Un autre avantage de cette méthode c'est, ajoute-t-il, de ne laisser jamais après elle ces engorgements interminables qui, si souvent, font le désespoir du malade et celui du médecin. Un exemple montrera le mode de traitement suivi par M. Leriche. — M. T..., âgé de dix-neuf ans, peintre, constitution grêle, tempérament nervoso-sanguin, avait une urétrite depuis deux mois et

demi, contre laquelle il n'avait employé que des tisanes émollientes. Le 10 septembre 1843 il vient demander conseil à M. Leriche pour une orchite qu'il avait depuis trois jours. L'écoulement était entièrement supprimé; le testicule très-gros et la peau du scrotum rouge. Il y avait des douleurs très-vives qui forçaient le malade de marcher courbé. *Prescription*: Injection de nitrate d'argent à haute dose, repos dans la journée. Le 12 septembre, la douleur produite par l'injection a été peu vive; l'écoulement a été très-abondant et d'un rouge sanguinolent; l'émission des urines légèrement cuisante. L'engorgement du testicule est moins considérable, la dureté est bien moins grande. Les douleurs sont diminuées de beaucoup; le malade veut reprendre ses travaux dès le lendemain. *Prescript.*: Eau froide pour boisson, un litre par jour. Le 14, l'écoulement est diminué de beaucoup, l'orchite est ramollie, le gonflement diminué de plus de moitié. Eau pour boisson, potion de copahu, une cuillerée matin et soir. Le testicule est ramené à l'état normal; l'écoulement persiste, plus de douleur. Même prescription. Le 18, l'urétrite seule persiste. Injection de nitrate d'argent à haute dose. Le 20, l'écoulement a presque cessé dans la nuit. Potion de copahu, injection avec acétate de plomb. Le 22, plus d'écoulement; même prescription. Le 26, rien n'a reparu; le malade sort.

Voilà la transcription textuelle de la première observation de M. Leriche. Il en rapporte une seconde tout semblable: Un cordonnier de vingt-six ans a été guéri en huit jours, exactement par les mêmes moyens, d'une orchite intense du côté gauche, qu'il avait depuis quatre jours.

« Les choses se sont passées d'une manière excessivement simple, dit en terminant M. Leriche, et ont pleinement répondu à mon attente. Je m'estimerai heureux si ma conviction pouvait faire adopter cette méthode par mes confrères. Une recommandation essentielle à ceux qui voudraient tenter les injections de nitrate d'argent à haute dose dans l'orchite blennorrhagique, c'est de ne jamais confier à des mains inhabiles un moyen si héroïque tant qu'il est dans celles du médecin et si dangereux quand il est dans celles

du malade. » (*Journ. de Médéc. de Lyon*, mai 1843.)

**PHLÉBITE ET INFECTION PURULENTE** (*De la cautérisation considérée comme moyen de prévenir et de guérir la*). Dans un Mémoire publié en 1839 dans les *Arch. gén. de Méd.*, l'auteur du travail que nous analysons, M. Bonnet, de Lyon, s'applique à démontrer, par une série d'observations cliniques en assez grand nombre, que l'ouverture ou la destruction des veines variqueuses des membres par les caustiques produit une inflammation adhésive qui reste locale et n'expose jamais à la résorption purulente. Frappé des résultats avantageux qu'il obtint à l'aide de ce moyen dans le traitement des varices, M. Bonnet n'hésita pas à en faire l'application à d'autres maladies chirurgicales, espérant ainsi prévenir le plus terrible des accidents, qui si souvent compromettent le succès des opérations, c'est-à-dire la phlébite traumatique. « J'ai extirpé, un grand nombre de fois, des tumeurs cancéreuses avec le fer rouge, dit M. Bonnet, j'ai enlevé un nombre bien considérable de tumeurs au moyen de l'action combinée du caustique de Vienne et du chlorure de zinc. J'ai appliqué cette méthode à des squirrhes et à des encéphaloïdes du sein ulcérés ou non ulcérés, à des tumeurs érectiles de la face, des loupes du cuir chevelu et du dos, des glandes infiltrées de suppuration ou de tubercules au cou, aux aisselles, aux aines; et, dans ce nombre d'opérations des tumeurs les plus diverses, je n'ai pas observé une seule fois l'érysipèle traumatique, le phlegmon diffus, et surtout je n'ai jamais observé la résorption purulente. »

De ces observations, M. Bonnet conclut qu'une différence profonde sépare les solutions de continuité produites par la cautérisation, des solutions de continuité par l'instrument tranchant, puisque ces dernières donnent souvent lieu aux accidents dont sont préservés les malades opérés par la méthode dont il se montre le partisan déclaré. On voit que jusqu'ici le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon ne s'éloigne pas de son point de départ, et que, dans l'application la plus étendue qu'il fait de la cautérisation, le but qu'il se propose est toujours d'empêcher le développement de la phlébite; et, sous ce rap-

port, soit qu'il emploie la potasse caustique, la pâte de Vienne ou le fer rouge, il faut reconnaître que s'il n'a pas le mérite d'une découverte quant au procédé, il a du moins celui d'avoir fait revivre un agent thérapeutique négligé de nos jours, et d'avoir généralisé son usage dans des circonstances pathologiques nouvelles. Mais ce qui constitue le côté original et on ne peut plus intéressant du Mémoire de M. Bonnet, c'est le nouveau traitement de la phlébite par la cautérisation avec le fer rouge, traitement suivi de succès dans cinq cas rapportés par l'auteur.

Obs. I. *Phlébite offrant un caractère gangréneux, suite d'une saignée; cautérisation avec le fer rouge; guérison.* — Jos. Bréant, âgé de quarante ans, est en traitement d'une pneumonie. Le 30 avril, saignée du bras; neuf jours après la saignée, phlyctènes contenant de la sérosité noirâtre et couvrant la moitié interne du bras, tissu cellulaire œdémateux, et au-dessous des phlyctènes fluctuation obscure qui fit croire à une suppuration gangréneuse du tissu cellulaire du bras. J'incisai, dit M. Bonnet, la peau de la partie interne du bras depuis le pli du coude jusqu'à l'aisselle, et, ayant mis à nu le tissu cellulaire gangrené, je le cautérisai dans toutes les parties malades, en y étendant dix fers rouges successivement.

La plaie fut pansée avec des compresses trempées dans du vinaigre.

Dès le jour même, les douleurs, qui étaient très-vives, furent presque entièrement calmées, et le gonflement diminua d'une manière sensible; mais deux jours après cette cautérisation, des parties de peau jusque-là intactes s'étant gangrénées, et de nouvelles phlyctènes remplies de sérosité roussâtre se développant vers la partie supérieure du bras, le fond de la plaie sécrétant encore des matières fétides, on revint à une seconde cautérisation au fer rouge. Je ne m'arrêtai que lorsque la plaie fut complètement desséchée. Dès ce moment, tous les accidents locaux et généraux cessèrent: l'étendue de la plaie et la persistance de la pneumonie rendirent la guérison longue. Le malade sortit guéri de l'hôpital le 1<sup>er</sup> juillet 1839, deux mois après son entrée.

Les quatre autres observations rapportées par M. Bonnet ont trait à

des élèves internes de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui tous s'étaient piqués en disséquant. Le premier, M. Pommès, se laissa tomber sur le dos du pied un scalpel imprégné de matière putride. La piqûre fut légère; mais les accidents inflammatoires très-rapides. Quarante-huit heures après, œdème et tuméfaction très-considérable du pied, de la jambe et de la cuisse; lignes d'un rouge livide dessinées sur les faces interne et postérieure du membre jusqu'au milieu de la cuisse, suivant le trajet des veines et des vaisseaux lymphatiques; ganglions inguinaux engorgés, lièvre brûlante, soif très-vive, altération des traits. Cautérisation profonde, avec un fer rouge pointu, sur le lieu de la piqûre, et cauterisation transcurrente, avec un cautère couteillaire sur toutes les lignes d'un rouge livide, depuis le pied jusqu'au point où elles s'arrêtaient à la cuisse. De plus, on posa quarante saignées au pli de l'aîne. Le jour même de la cautérisation, la douleur, le gonflement et la fièvre diminuèrent, et deux jours après, le gonflement était nul; il ne restait plus qu'une brûlure simple, qui guérit en suivant ses phases ordinaires.

Sur les trois autres malades, qui offraient au membre supérieur les mêmes symptômes qui viennent d'être décrits, seulement avec un peu moins d'intensité dans les phénomènes généraux, M. Bonnet eut recours à la double cautérisation: l'une fixe, sur le siège même de la piqûre, l'autre transcurrente, sur le trajet des vaisseaux enflammés; et toujours la terminaison fut favorable. Aussi regarde-t-il comme incontestablement démontrées les deux propositions qu'il voulait mettre en évidence, et qui sont relatives, l'une, à l'absence de danger des plaies faites aux veines superficielles par la cautérisation, et à la localisation de la phlegmasie qu'elle détermine, l'autre, à la puissance avec laquelle cette cautérisation fixe les phlébites qui ont un caractère progressif.

Tout en reconnaissant aux faits que renferme le Mémoire de M. Bonnet la très-grande valeur qui leur appartient, nous craignons que beaucoup de praticiens ne les trouvent pas assez nombreux pour leur accorder une autorité absolue; et nous-même, qui n'avons pas toujours vu les choses se passer aussi simplement que M. Bonnet l'a observé à la

suite des cautérisations des veines, nous désirons vivement voir l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui vient de présenter la phlébite et son traitement sous un jour tout à fait nouveau, compléter son œuvre par des recherches ultérieures, et achever de convertir à une thérapeutique qui lui a donné de si beaux résultats, les chirurgiens peu partisans, depuis de longues années, de la cautérisation avec le fer rouge, recommandée par Ambroise Paré, plus tard exagérée par Séverin, et que de nos jours M. Larrey persistait encore à employer avec une certaine énergie. Mais ce n'est pas la phlébite seulement que M. Bonnet a attaquée avec succès par le feu; il a cherché, à l'aide du même moyen, à guérir l'infection purulente. Voici comment il s'exprime sur le résultat de ses tentatives:

Dans la résorption purulente on peut distinguer deux époques: 1<sup>re</sup> celle qui précède les frissons: 2<sup>o</sup> celle qui succède à ces frissons. Dans la première on peut craindre la mort, mais on peut espérer la guérison: dans la seconde la mort est inévitable.

Dans la première période, celle qui précède la fièvre avec frissons, la plaie est grisâtre; elle ne se réunit point, et les matières qu'elle produit sont toujours plus ou moins fétides; c'est à cette période que la cautérisation a une puissance énergique pour arrêter le développement des symptômes généraux... Quand ces symptômes précurseurs de la résorption du pus se manifestent, je cautérise les plaies avec le fer rouge, ou mieux avec la pâte de chlorure de zinc, qui dessèche plus complètement les solutions de continuité: Je n'ai pas vu un seul cas où les accidents n'aient été arrêtés par cette méthode.

À la seconde période, lorsque les accès de fièvre avec frissons se sont manifestés, j'ai pratiqué six fois la cautérisation; dans un cas, sur une plaie produite par l'extirpation d'une tumeur à la jambe; dans les cinq autres, sur des plaies succédant à des amputations. Dans la première opération le résultat fut satisfaisant; la guérison eut lieu après une convalescence très-longue. À la suite des autres opérations, un malade, qui avait subi l'amputation de la jambe, vécut plus de trois mois après la cautérisation: il succomba à de vastes abcès



de la cuisse, son moignon étant déjà complètement cicatrisé.

M. Bonnet fait suivre cet exposé général de l'histoire particulière de ses deux malades, qui confirme de tout point les résultats qu'il annonce.

Nous appelons vivement l'attention de nos confrères sur cette dernière partie du travail de M. Bonnet, et nous publierons avec empressement tous les faits qui tendraient à établir d'une manière authentique l'influence de la cautérisation sur la marche et la guérison de la résorption purulente, convaincu que si les espérances qu'on est en droit de fonder sur la méthode de traitement de M. Bonnet, d'après les observations qu'il donne à l'appui, venaient à se réaliser, la thérapeutique chirurgicale aurait fait un immense progrès. (*Gaz. méd. de Paris*, avril et mai 1843.)

**PLAIE PENETRANTE de l'abdomen, par un instrument piquant.** Jacques Lépine, âgé de 17 ans, d'une bonne constitution, s'amusa avec une broche de fer trempé ayant environ 1 mètre de longueur, un peu afûtée et aplatie à ses extrémités, mais cependant mousse: il cherchait à toucher avec elle la grande rone qui sert, chez les couteliers, à mettre les petites meules en mouvement. Cette rone, mne par un ouvrier robuste, heurta la broche qui fut repoussée avec une telle force, qu'elle traversa par son extrémité opposée tous les vêtements du jeune homme, pénétra dans l'abdomen, et vint s'implanter en arrière et en bas dans les os du bassin, au niveau à peu près de la réunion du sacrum et de l'os des îles.

Au moment de l'accident, le jeune homme jeta un cri et eut encore la force de faire quelques pas pour aller s'asseoir. Mandé de suite, M. Roy chercha à dégager l'instrument vulnérant sans pouvoir y parvenir. Il fit alors coucher le jeune homme, le haut du corps et les cuisses soulevés de manière à mettre les muscles de l'abdomen dans un état de relâchement complet; et, assisté des docteurs Gabian et Dussurgey, il fit de nouvelles tentatives. *La force avec laquelle le fer avait été poussé et implanté dans les os était si grande, que, dans leurs efforts, ils soulevaient tout le corps du blessé.* Enfin, après avoir fait exécuter des mou-

vements latéraux tout en faisant des tractions fortes de bas en haut, le corps étant fixé sur le matelas, M. Dussurgey parvint à arracher la broche sans la rompre. L'instrument vulnérant offrait une direction oblique de gauche à droite et de haut en bas; la plaie des téguments se trouve à 6 centimètres en dehors de l'ombilic, et à 2 centimètres un peu au-dessus de lui.

Au moment de l'extraction du fer, une heure environ après l'accident, il ne s'échappa aucun gaz, et seulement une gouttelette de sang. On détruisit immédiatement le parallélisme de la plaie de la peau et des autres tissus, pour éviter l'introduction de l'air dans la cavité abdominale, et on ferma l'ouverture extérieure avec un morceau de sparadrap. Pendant les manœuvres nécessitées par l'extraction, le malade était pâle, les extrémités étaient froides, le pouls petit; le ventre, très-douloureux à la pression, n'offrait pas de tension. Le blessé laissait échapper quelques cris plaintifs seulement lorsque les efforts d'extraction étaient très-grands. Deux heures plus tard, la réaction commençant à se faire, M. Roy fit une saignée de 500 grammes. Vingt sangsues furent appliquées autour de la plaie. On fit appliquer sur la blessure des compresses imbibées dans le liquide suivant: eau blanche, 1 litre; laudanum de Sydenham, 50 grammes. Renouveler les applications toutes les cinq minutes. Toutes les demi-heures, une cuillerée à bouche d'une potion avec 60 gramm. de sirop diacode; un peu d'eau sucrée pour boisson; diète absolue. Le lendemain, 11 novembre 1842, pouls fort, un peu dur; 100 pulsations; ventre sans météorisme, douloureux seulement à la pression; les sangsues saignaient encore, on recommanda de ne pas les arrêter, de continuer les mêmes moyens. Le soir seulement on arrêta l'hémorrhagie, le malade étant menacé de défaillance.

Les 12 et 13, même état. Même prescription. Le 14, le malade se trouve mieux; pouls moins fort, mais aussi fréquent; le blessé dit avoir en quelques horborghmes qui, arrivés au niveau de la plaie, semblaient s'arrêter, déterminaient une légère colique pour reprendre un peu plus loin.

Le 16, le pouls a perdu sa fréquence. On a continué les mêmes

moyens. Comme il n'y a pas eu de selles depuis l'accident, le médecin fait donner un demi-lavement d'une décoction de mauve, qui n'est pas rendu; la potion ne se prendra plus que toutes les deux heures: jusqu'alors le malade avait pris chaque jour deux potions contenant chacune 60 grammes de sirop diacode.

Le 18, le malade a eu une selle bien moulée et un peu dure.

Le 20, les matières que rend le malade offrent un aspect rubané; elles sont aplaties, blanchâtres; le malade ne souffre plus lorsqu'on presse sur le ventre ni sur le siège de la blessure. Crème deriz, bouillon de poulet: on cesse la potion.

Le 22, on cesse toute application sur le ventre. Depuis, le malade a toujours été de mieux en mieux, et, le 6 décembre, il descend au magasin, ne sentant plus qu'un peu de faiblesse.

— Cefait, qui ne manque pas d'analogie dans les annales de chirurgie militaire, montre qu'il ne faut pas trop tôt perdre espoir dans les cas pathologiques même les plus graves, puisqu'une thérapeutique rationnelle, active et soutenue avec une vigilance infatigable a pu conjurer chez notre malade les accidents inflammatoires qui paraissaient inévitables, soit qu'il y ait eu simplement lésion du péritoine, ou que celle-ci ait été compliquée de perforation de l'intestin, ce que l'auteur de l'observation, M. Roy, paraît ne pas admettre. Toutefois, comme à cet égard on ne pouvait avoir une certitude absolue, et qu'à la rigueur une perforation très-circonsrite d'une ause intestinale par un instrument piquant d'un petit calibre n'est pas impossible sans qu'il y ait épanchement, surtout si l'intestin se trouve vide au moment de l'accident, nous pensons que, dans le cas dont il s'agit, notre confrère s'est un peu pressé d'administrer des lavements; car, en portant ainsi dans le gros intestin qui, d'après la direction même de la plaie, eût pu fort bien avoir été atteint à son point de terminaison, un liquide dont l'effet est d'y produire une distension plus ou moins considérable, c'était s'exposer à détruire le résultat d'une cicatrisation commençante, et à provoquer ainsi artificiellement un épanchement péritonéal. Aussi, tout en approuvant sans réserve, sur les autres points, la thérapeutique énergique adoptée par

M. Roy, nous croyons qu'en dernier lieu il a manqué de remplir une indication importante, et que par trop de précipitation il s'exposait à compromettre l'heureux résultat qu'il eût également atteint. (*Journal de Médecine de Lyon*, mai, 1843.)

**TÉTANOS SPONTANÉ, survenu au déclin d'une fièvre inflammatoire bénigne.** Les cas de cette nature sont assez rares pour que nous donnions une analyse succincte de celui qu'a publié M. le docteur Abel Robert, de Chaumont.

Un jeune homme de dix-sept ans et demi, élève de philosophie, adonné à l'étude, d'un tempérament sanguin et d'une imagination vive et passionnée, éprouve tous les accidents d'une fièvre inflammatoire dont les évacuations sanguines font justice. Vers le quinzième jour, la fièvre ayant cessé et le malade étant déclaré en convalescence, au milieu d'un sommeil calme et profond, il s'éveille en sursaut en poussant des cris confus, des sons inarticulés et présentant l'état suivant: respiration difficile, entrecoupée; mâchoires fortement appliquées l'une contre l'autre; avec de grands efforts, la bouche s'ouvre: il s'en échappe alors une énorme quantité de salive épaisse et visqueuse. Efforts violents de vomissements, qui se répètent sitôt qu'on fait avaler un peu de liquide. Articulation des sons difficile et douloureuse. Tête et cou immobiles; masséters temporaux, muscles des parties antérieures, postérieures et latérales du cou contractés, durs et raides. Membres supérieurs et inférieurs engourdis, raides, mais sans contraction de leurs muscles.

Dans l'incertitude sur la nature de l'affection qu'il diagnostiqua être un tétanos ou une fièvre pernicieuse tétanique, M. Robert prescrivit le traitement suivant: Large vésicatoire à la nuque; frictions sur le rachis avec alcool camphré, teinture thibaique, de chaque 30 gr.; acide acétique, 15 gr.; sinapismes sur les membres inférieurs; potion avec sirop diacode, de valériane, d'éther, et eau de tilleul; lavements avec assa-fœtida, 1 gramme; laudanum, 30 gouttes; sulfate de quinine, 30 décigrammes. Le lendemain et les jours suivants, les accidents ayant

atque, M. Robert pratique deux saignées chacune de 500 grammes, applique des ventouses scarifiées le long du rachis deux fois, prescrit des liniments avec l'acétate de morphine, des lavements de musc et de laudanum, des potions avec le sirop de morphine et l'eau de laurier-cerise.

Le quatrième jour, amélioration. On prescrit un bain pendant lequel les symptômes s'aggravent. (Sina-pismes prolongés; lavement et potion avec musc et morphine.)

Le cinquième jour et les jours suivants, la rémission commence et augmente, alternant avec quelques symptômes de récidive qui nécessitent l'application de deux caustères le long du rachis. Enfin, le onzième jour, tous les accidents se calment, et le malade, extrêmement abattu et par la maladie et par le traitement énergique qu'il vient de subir, entre en convalescence. (*Journ. de Méd.*, juin 1843.)

#### VACCINATIONS ET REVACCINA-

**TIONS** (*Expériences nouvelles touchant les*). L'Académie des sciences de Vienne, comme celle de Paris, a mis au concours ce sujet important. Le travail dont nous allons présenter un résumé succinct est la réponse aux questions posées par l'Académie de Vienne, par M. François Wires de Rettenbach, recteur d'honneur de la Faculté de médecine de cette ville.

*La force protectrice de la vaccine est-elle absolue ou seulement temporaire?* La faculté de la vaccine de protéger d'une manière parfaite l'homme de toute attaque de la petite vérole n'est que temporaire. Mais, comme pouvant rendre pendant toute la durée de la vie la petite vérole plus bénigne, la vaccine doit être regardée comme dotée d'une force protectrice absolue.

*Pendant combien de temps la vaccine protège-t-elle contre la variole, et à quel âge doit-on revacciner?* Il est prouvé par chaque épidémie que les enfants, plus que tous les autres, sont protégés par l'inoculation; les cas de variolés et varioloïdes, ainsi que de varicelles, sont très-rare dans les premiers sept ans de la vie des enfants vaccinés. D'après la manière dont on pratique la vaccination jusqu'à présent, on peut assurer que la vaccine protège seulement pendant les pre-

mières sept années, et qu'au delà de cette période, la force protectrice diminue; car, dès la huitième année, on trouve déjà des cas de petite vérole, quoique rarement, et ils deviennent plus fréquents vers la douzième et la quinzième année. La plus grande fréquence de cette maladie, chez des individus vaccinés, se trouve dans la vingtième. On peut donc répondre, selon M. de Rettenbach, à la question ci-dessus mentionnée, qu'il faut répéter les vaccinations à l'âge de sept ans, mais qu'à l'âge de quarante ans elle ne doit être pratiquée de nouveau que dans le cas d'une épidémie de petite vérole.

*La force du vaccin a-t-elle dégénéré, et est-il plus profitable de recourir au cowpox qu'à des pustules qui ont déjà éprouvé plusieurs transmissions?* La diminution d'énergie du vaccin est plus apparente que réelle; elle tient au peu de précaution avec lequel on prend généralement la matière vaccinale des personnes vaccinées, pour l'appliquer à d'autres. L'expérience démontre que ce n'est pas tant dans la nature et l'aspect de l'exanthème que dans la présence et l'intensité de la fièvre qui l'accompagne, qu'un doit chercher la preuve de la réussite de l'inoculation vaccinale. Les plus belles pustules, sans réaction, n'offrent aucune protection contre une contagion qui pourrait avoir lieu plus tard. Au contraire, des pustules médiocres, et même l'absence de pustules avec une réaction convenable, sont un bon indice de préservation.

L'intensité de la réaction dépend de l'âge, de l'état de santé, du tempérament et de l'individu sur lequel on a pris le vaccin. Pris sur un enfant bien portant et vigoureux, le vaccin, transmis à un enfant du même âge et dans les mêmes conditions, déterminera une réaction convenable. D'un enfant plus âgé et même d'un adulte sur un enfant plus jeune, la réaction sera plus forte et les pustules aussi belles que celles que donne le cowpox. Si donc on veut vacciner avec succès, il est du toute nécessaire qu'on le fasse avec la matière d'un individu en bonne santé, sur un individu également en bonne santé, et que la différence de leur âge ne soit pas considérable. On peut augmenter cette réaction en choisissant des individus d'un

âge plus avancé, pour des individus d'un âge moins avancé. Avec ces précautions, on est dispensé de recourir au cowpox ou à des importations étrangères de virus-vaccin. (*Journ. de Méd.*, juin 1843.)

## VARIÉTÉS.

*Sur les cruchons de grès renfermant l'eau de Vichy.* — Quelques bruits inquiétants, fondés surtout sur une note émanée de M. Barruel, ont circulé sur les dangers de renfermer l'eau de Vichy dans des vases en grès. En analysant cette poterie, M. Barruel avait cru trouver des indices de la présence du plomb, et il en concluait que les boissons conservées dans ces vases pourraient devenir insalubres. M. Beaudé, inspecteur des eaux minérales du département de la Seine, après avoir constaté lui-même le peu de fondement des craintes émises à ce sujet, a prié l'Académie des sciences d'examiner cette question; et M. Payen, rapporteur d'une commission composée de MM. Thénard et Dumas, a confirmé toutes les observations de M. Beaudé, et dissipé tous les doutes qui ont été élevés à ce sujet. Les expériences auxquelles la commission s'est livrée ne laissent aucun prétexte à ces terreurs imaginaires. Ajoutons d'ailleurs que M. Barruel a reconnu depuis l'inexactitude de ses premières expériences, et qu'il a complètement rétracté ses assertions.

— La discussion de la loi sur les patentes est décidément ajournée à la session prochaine. M. le ministre de l'instruction publique a promis aussi de faire tous ses efforts pour présenter à la session prochaine la loi sur l'organisation médicale. Tiendra-t-il sa parole?

— M. le ministre de l'instruction publique avait demandé aux Chambres une allocation à son budget d'une somme de dix mille francs pour la création de deux places d'inspecteur des Facultés de médecine et de droit. La Chambre a rejeté cette allocation.

— M. Charrière a présenté à l'Académie royale de médecine une jambe artificielle portée par un malade amputé à la partie inférieure. Cette jambe est construite de manière qu'on peut y adapter à volonté un pied ou un pilon. Cette disposition offre l'avantage d'une économie dans le prix, et la possibilité de remplacer le pied par un pilon n'est pas sans importance, surtout en province, où l'on est éloigné du fabricant, et par conséquent dans l'impossibilité de faire faire une réparation.

## TABLE DES MATIÈRES

## DU VINGT-QUATRIÈME VOLUME.

## A.

- Abaissement de l'utérus* (Considérations pratiques sur l') et sur les moyens propres à y remédier, par M. Lisfranc, 267.
- Abcès par congestion* (Nouveau signe pathognomonique des), 222.
- *retro-œsophagiens* (Considérations sur les), 60.
- Abdomen* (Observation de plaie pénétrante de l') par un instrument piquant, 477.
- Académie de médecine*. Note sur la patente des médecins, 399.
- *des sciences* (Candidatures à l'), 238.
- Accouchements*. Accouchement manuel, malgré la présentation du bras droit et la sortie prématurée du cordon ombilical, par M. Pommier, D. M. à Condé-sur-Vire (Manche), 51.
- Accouchement terminé naturellement par la présentation de la face, 378.
- Présentation du bras, dans neuf accouchements, chez la même femme, 61.
- (Remarque sur les) avec présentation ou sortie du bras. — Sur quelques cas d'insertion du placenta sur le col utérin, par M. Lemonnier, D. M. à Rennes, 291.
- (Un mot sur les déformations du bassin qui s'opposent à la terminaison naturelle des). — Céphalotrixisie pratiquée deux fois avec succès chez la même femme par M. Chaillay-Honoré, 111.
- De l'avortement provoqué dans le cas de rétrécissement du bassin, 301.
- Une attaque d'épilepsie qui survient au moment de l'accouchement peut-elle être prise pour l'éclampsie? 136.
- (De la rupture prématurée artificielle des membranes pendant le travail de l'), par M. Chaillay-Honoré, 37.
- Cas d'accouchement à terme après huit avortements et une parturition prématurée, 302.
- Note sur deux accouchements malgré l'existence d'un cancer déjà avancé du col de la matrice, 218.
- Plusieurs cas d'insertion du placenta sur le col de l'utérus, 62.
- Trombus énorme des grandes lèvres à la suite d'un accouchement, 220.
- (Sur une des causes de l') prématuré, 456.
- Acétate de plomb* (Observation d'une colique saturnine déterminée par l'usage thérapeutique de l'), par M. Carrière, agrégé à la Faculté de Strasbourg, 124.
- Acide carbonique* (Recherches sur la quantité d') exhalé par le poumon dans l'espèce humaine, 223.
- *cyanhydrique* (De l'action de l') et des cyanures alcalins sur les protocels de mercure en général, et sur le protochlorure de mercure en particulier, par M. Mialhe, 116.
- *iodique* (Nouveau procédé pour la préparation de l'), 64.
- Affection de l'estomac* (Cas d') soupçonnée cancéreuse, guérie par l'usage interne de l'huile d'olives sucrée, 145.
- *gastro-intestinales* (Cas d') de forme bilieuse, observées pendant l'été à l'infirmerie de la Salpêtrière, 382.
- Affections intermittentes* (Nouvelles observations sur les) à courtes périodes, 63.

- Agrégés de la Faculté de Montpellier* (Conflit élevé entre les) et le recteur de cette Académie, 320.
- Airelle myrtille* (Emploi de l'extrait d') dans la diarrhée, 304.
- Air dans les veines* (Moyen de prévenir la mort dans le cas de l'introduction de l'), 71.
- Air* (De l'emploi des douches d') médicamenteux dans le catarrhe de l'oreille, 407.
- Aisselle* (De la médication par l'), ou maschalatrie (méthode axillaire), par C. Forget, professeur à la Faculté de Strasbourg, 81.
- Aldehyde* (Note sur la transformation de l'éther en), et sur l'emploi de sa vapeur en médecine, par M. Boutigny, d'Evreux, 207.
- Aliénés*. Suppression des concerts et des représentations dans les hôpitaux de fous, 160.
- Aloès* (Note sur l'emploi de l') dans le traitement de la blennorrhagie, par M. Sandras, 16.
- Aloès* (Note sur les propriétés antiblennorrhagiques de l'), par M. Barrallier, médecin de la marine, à Toulon, 413.
- Amaurose* (Sur la valeur de la myotomie oculaire dans le traitement de l'), 464.
- Amputation du bras* (De l') près de l'articulation scapulo-humérale, 224.
- Amygdales* (Mémoire sur le gonflement chronique des) chez les enfants, par M. A. Robert, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, 313.
- Angine gangréneuse* (Considérations sur l') et sur son traitement, par M. Max. Simon, 401.
- Animaux venimeux*. Maladies graves attribuées à la morsure d'un animal venimeux, 137.
- Ankylose complète* guérie par une nouvelle opération chirurgicale, 225.
- Ankylose angulaire du genou* guérie par la section des muscles fléchisseurs de la jambe, 465.
- Antimoine (Oxyde blanc d')* (Sur l'emploi de l') dans la pneumonie, 393.
- Antimoine* (Un mot sur la falsification de l'oxyde blanc d'), 432.
- Anus* (Observation de fissures à l') guéries par des lavements avec la décoction de rathania, par M. Ponsin, D. M. à La Flotte (Charente-Inférieure), 133.
- Anus artificiel* (Sur un cas d') opéré par la méthode de Callisen, 138.
- Archives de médecine comparée* par P. Royer, médecin de l'hôpital de la Charité, etc. (compte-rendu), 216.
- Argent* (Emploi des préparations d') dans la syphilis, 397.
- (Nitrate d') (Moyen de prévenir et de faire disparaître la coloration de la peau causée par l'administration du nitrate d') à l'intérieur, 391.
- Artère iliaque primitive* (Cas de ligature de l'), 390.
- Articulation scapulo-humérale* (De l'amputation du bras près de l'), 224.
- Ascite essentielle* (Du diagnostic et du traitement de l'), 226.
- Asphyxie* (Exemple d') consécutive d'une résection de la mâchoire inférieure, 394.
- Auscultation* (Des influences de l') sur la thérapeutique, par M. Forget, professeur à la Faculté de Strasbourg, 5.
- Avortement* (Cas d') provoqué par le rétrécissement du bassin, 301.
- Cas d'accouchement à terme après huit avortements et une parturition prématurée, 302.
- Axillaire* (*Méthode*). De la maschalatrie, ou méthode axillaire (médication par l'aisselle), par C. Forget, professeur à la Faculté de Strasbourg, 81.

## B.

- Bains froids* (Emploi des) suivant la méthode de Prienitz dans le traitement du rhumatisme chronique, 396.
- Bains de vapeur* (Traitement de la stomatite mercurielle par les), 236.
- Bassin* (Un mot sur les déformations du) qui s'opposent à la terminaison naturelle des accouchements; éphalotribsie pratiquée deux fois avec succès chez la même femme, 111.

- Hassin.* (Cas d'avortement provoqué par le rétrécissement du , 301.  
 — (Névralgie périodique mensuelle des organes du), 391.  
*Baume* contre les engelures, 144.  
*Bec-de-lièvre* (Exemple d'un) opéré avec succès sur un enfant âgé de seize jours, 133.  
 — double compliqué de division de la voûte palatine, avec saillie des os inter-maxillaires; nouveau procédé opératoire, 140.  
*Belladone* (Emploi de la) comme préservatif de la scarlatine, 141, 303.  
 — (Emploi de la) dans le traitement du tétanos spontané, 172.  
*Biliaire* (Élimination d'un calcul) à travers les parois abdominales, 468.  
*Blennorrhagie* (Note sur l'emploi de l'aloès dans le traitement de la), par M. Sandras, 16.  
 — (Sur le traitement abortif de la) par les injections de nitrate d'argent à haute dose, 466.  
*Blennorrhagiques* (Note sur les propriétés anti-) de l'aloès, par M. Barrallier, médecin de la marine, à Toulon, 413.  
*Blépharoplastie* (Mémoire sur la). Avantages de la méthode de Celse et de certains procédés pour la réparation des pertes de substances des deux paupières; cas exceptionnel où l'on a dû recourir aux procédés spéciaux, par M. Guillon, D. M. à Cozes (Charente-Inférieure), 95.  
*Bouche* (Note sur une sorte d'ulcère de la) particulier aux nourrices, 314.  
*Bras.* (Remarque sur les accouchements avec présentation ou sortie du). Note sur quelques cas d'insertion du placenta sur le col utérin, par M. Lemonnier, D. M. à Reunes, 291.  
 — Présentation du bras, dans neuf accouchements, chez la même femme, 61.  
 — (Accouchement manuel malgré la présentation du) droit et la sortie prématurée du cordon ombilical, par M. Pomnier, D. M. à Condé-sur-Vire (Manche), 51.  
 — De l'amputation du bras près l'articulation scapulo-humérale, 224.  
 — (Exemple d'une réduction d'une luxation spontanée du) datant de dix jours, 380.  
*Brôme et iode.* Moyen de reconnaître immédiatement ces principes dans les corps marins qui les contiennent, 149.  
*Bubon* (Quelques considérations sur le) et sur son traitement, par M. Ricord, 23.

## C.

- Cachou* (De l'emploi de la teinture de) contre les gerçures du sein, 471.  
*Calcaneum* (Chute d'un lieu élevé sur les pieds, fracture du) et du péroné; réduction à l'aide de la ténotomie, 299.  
 — (Sur la fracture du) par écrasement, 69.  
*Calcul biliaire* (Élimination d'un) à travers les parois abdominales, 468.  
*Calomel* (Nouveau procédé de préparation du) en poudre impalpable, par M. Soubeiran, 42.  
 — Un mot sur la préparation du calomel anglais, 204.  
*Cancer* (Emploi de la pâte arsenicale contre le), 226.  
 — de l'utérus. Note sur deux cas d'accouchements malgré l'existence d'un cancer déjà avancé du col de l'utérus, 218.  
*Canthoplastie* (de la), ou de la transplantation de la conjonctive oculaire sous les paupières, 142.  
*Catalepsie.* Accès cataleptiformes, fièvre algide quotidienne, dus à la présence de vers, 317.  
*Cataracte* (Observations et réflexions sur l'opération de la), par M. Amable Cade, D. M. au Bourg-Saint-Andéol (Ardèche), 425.  
*Catarrhale* (Note sur l'affection) des voies aériennes chez les enfants, 464.  
*Catarrhe* (Utilité des vomitifs dans le) aigu des enfants, par M. Dassit, D. M. à Confolens (Charente), 288.  
*Catarrhe de l'oreille* (De l'emploi des douches d'air médicamenteux dans le), 407.  
*Cause morale* (De l'impuissance virile par), 232.  
*Caustiques* (Avantages que l'on peut retirer de la cautérisation et de cer-

- tales) dans le traitement de quelques maladies de la peau, par M. Alph. Devergie, 11.
- Caustique de Vienne* (Cas d'extraction d'une pierre dans la vessie par le), 375.
- (Du traitement des kystes superficiels connus sous le nom de ganglions, par la cautérisation avec le), par M. Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône), 418.
- Cautériel actuel* (Tumeur fongueuse hémiatode du genou, traitée et guérie par le), 79.
- Cautérisation* (Avantages que l'on peut retirer de la) et de certains caustiques dans les maladies de la peau, 11.
- (Emploi du protonitrate de mercure liquide rationnel pour la), 143.
- (De la) considérée comme moyen de prévenir et de guérir la phlébite et l'infection purulente, 475.
- (De l'emploi de la) avec le caustique de Vienne dans le traitement des kystes superficiels connus sous le nom de ganglions, 418.
- Céphalalgie* (Exemple de) opiniâtre pendant dix ans, guérie par l'iodeure de potassium, 143.
- Céphalotribie* pratiquée deux fois avec succès chez la même femme, 111.
- Cerveau* (Squirrhe considérable du) sans paralysie des membres, sans embarras de la parole, sans trouble de l'intelligence, 219.
- Cerveau* (De la ponction du) dans les cas d'hydrocéphale chronique, 471.
- Chêne (gland du)* (Du lichen d'Islande et du gland de) surtout employé dans la dysenterie aiguë ou chronique, 305.
- Chlorose* (Danger des préparations martiales dans certaines formes de), 303.
- Chlorure de mercure* (Proto-) (De l'action de l'acide cyanhydrique et des cyanures alcalins sur les protocels de mercure et sur le proto-) en particulier, par M. Mialle, 116.
- Chlorure de sodium* (Formule pour la préparation d'un sirop de), 227.
- Chute sur la tête d'un troisième étage; accidents fort graves; guérison*, 462.
- Clinique chirurgicale* de l'hôpital de la Pitié, par J. Lisfranc (comptendu), 16.
- Clinique médicale de Strasbourg* (Note sur la), 227.
- Col du fémur* (Cas de fracture intra-capsulaire du). Mort après quatre mois; non-réunion des fragments; disparition du col; développement d'un os nouveau au-dessous du petit trochanter, 297.
- Col de l'utérus* (Sur plusieurs cas d'insertion du placenta sur le), 62.
- Colique saturnine* (Observation de) déterminée par l'usage thérapeutique de l'acétate de plomb, par M. Carrière, agrégé à la Faculté de Strasbourg, 124.
- Collyres* (De l'emploi du mucilage de semences de coings dans les), 431.
- Colombo* (Racine de) (Emploi avantageux de la racine de) dans les vomissements atoniques et nerveux, par le docteur Debreyne, 180.
- Coloration de la peau* (Moyens de prévenir et de faire disparaître la) causée par l'administration du nitrate d'argent à l'intérieur, 391.
- Compression* (De l'emploi de la) dans le traitement de l'hydrocéphale chronique, 308.
- Compression des uretères* (Suppression complète de l'écoulement des urines, pendant douze jours, par suite de la), 58.
- Conduit parotidien* (Nouveau procédé opératoire pour la guérison des fistules du), 381.
- Congestion* (Nouveau signe pathognomonique des abcès par), 222.
- Conjonctive oculaire* (De la canthoplastie ou de la transplantation de la) sous les paupières, 142.
- Conjonctivite* (De la) rapportée à l'action pathogénique de l'iodeure de potassium, 468.
- Coquelicot* (Les capsules du) ne contiennent qu'infinitement peu de morphine, 61.
- Coqueluche* (Lettre à M. Bretonneau sur la), par M. Trousseau, 65.
- Cordon ombilical* (Accouchement manuel, malgré la présentation du bras droit et la sortie prématurée du), par M. Pommier, D.-M. à Condé-sur-Vire (Manche), 51.
- Corps marins* (Moyen de reconnaître immédiatement le brome et l'iode dans les) qui les contiennent, 119.



- Corps fibreux du rectum* traité et guéri par l'excision, 454.  
*Cosséine* (Un mot sur la) ou kwoseine, et sa préparation, par M. Stan. Martin, 285.  
*Cyanures alcalins* (De l'action de l'acide cyanhydrique et des) sur les protoxides de mercure et sur le protochlorure de mercure en particulier, 116.

## D.

- Déformations du bassin* (Un mot sur les) qui s'opposent à la terminaison naturelle des accouchements, 111.  
*Delirium tremens* traité et guéri par les émissions sanguines à doses élevées, 469.  
*Dentition* (Des accidents sympathiques qui accompagnent la première), et de l'utilité de l'application locale des sangsues au voisinage des gencives pour les faire disparaître, par M. Senné, D. M. à Surgères (Charente-Inférieure), 181.  
 — De l'époque du sevrage dans ses rapports avec la), 144.  
*Dents* (De l'influence toute particulière que peuvent exercer les sels de fer solubles sur les), par M. Hinaré, Ph. et D. M. à Argenteuil (Seine-et-Oise), 446.  
*Diagnostic* (De la difficulté du) de certains polypes utérins, et du manuel opératoire à leur appliquer, 55.  
*Diapason* (Emploi du) dans le diagnostic des maladies de poitrine, 383.  
*Diarrhée* (Emploi de l'extrait d'airelle myrtille dans la), 304.  
*Dilatation de l'œsophage* (Cas extraordinaire de), 234.  
*Dispensaire* spécial pour le traitement des maladies vénériennes à Lyon, 470.  
*Diphthérie* (Sur l'emploi des vomitifs coup sur coup dans la), 228.  
*Douches d'air médicamenteux* (De l'emploi des) dans le traitement du catarrhe de l'oreille, par M. Fusier, 407.  
*Dysenterie aiguë ou chronique* (Du lichen d'Islande et du gland de chêne surtout, employés dans la), 305.

## E.

- Eau gazeuse iodurée* (Formule d'une) pouvant servir à l'administration de l'iodure de potassium, 150.  
*Eau minérale* (Observation d'otite chronique interne, avec accidents cérébraux, guérie par des injections d') par la trompe d'Eustache, par M. Larivière, aide-major au 6<sup>e</sup> de hussards, 210.  
*Éclampsie* (Cas d') très-grave guéri par de nombreuses saignées, 377.  
 — (Une attaque d'épilepsie qui survient au moment de l'accouchement peut-elle être prise pour l')? 136.  
*Écorce de sureau* (Efficacité de l') dans les hydropisies passives, 231.  
*Ectropion* (Nouveau procédé pour guérir l'), 66.  
*Electropuncture* (Emploi de l') comme moyen d'activer la résorption des épanchements, 306.  
 — (Réflexions sur le traitement de l'hydrocèle par l'), 387.  
*Émétiqne* (Un mot sur la préparation de l'), 281.  
*Emissions sanguines* (Delirium tremens traité et guéri par les) à doses élevées, 469.  
*Emphysème pulmonaire* (De l') comme cause de la mort, 228.  
 — (Cas de mort subite causée par un), 383.  
*Enfants* (Mémoire sur le gonflement chronique des amygdales chez les), par M. A. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, 343.  
 — Exemple d'un bec-de-lièvre opéré avec succès sur un enfant âgé de seize jours, 133.  
 — (Utilité des vomitifs dans le catarrhe aigu des), par M. Dassit, D. M. à Confolens (Charente), 248.  
 — Cas curieux d'hématurie chez un enfant; note sur cette affection et sur son traitement, 105.  
 — (Maladies des). Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par MM. Rilliet et Barthez (compte-rendu), 368.

- Enfants* (Note sur l'affection catarrhale des voies aériennes chez les), 464.  
*Engelures* (Baume contre les), 144.  
*Épanchements* (Emploi de l'électropuncture comme moyen d'activer la résorption des), 306.  
*Épilepsie* (Des causes qui influent sur la fréquence des accès d'), 229.  
 — (Une attaque d') qui survient au moment de l'accouchement peut-elle être prise pour l'éclampsie? 136.  
 — (Note sur deux cas d') traitée par la même méthode avec un succès différent, par M. Michel, D. M. à Barbentane (Bouches-du-Rhône), 127.  
 — (Exemple d'une) occasionnée par une lésion traumatique de l'œil, 66.  
*Épingles*. Hémorragie mortelle occasionnée par une épingle avalée, 387.  
 — (Tumeur érectile traitée avec succès par l'emploi des), 398.  
*Épistaxis* (De l'emploi de l'éponge préparée contre l'), 471.  
*Eponge préparée* (De l'emploi de l') dans le traitement de l'épistaxis, 471.  
*Essence de térébenthine* (Sur un moyen commode d'administrer l'), par M. Bouchardat, 133.  
*Estomac* (Affection de l') soupçonnée cancéreuse guérie par l'usage interne de l'huile d'olives sucrée, 145.  
*Éther* (Note sur la transformation de l') en aldéhyde et sur l'emploi de sa vapeur en médecine, par M. Boutigny, d'Évreux, 207.  
*Excision* (Corps libreux du rectum traité et guéri par l'), 454.  
*Extrait d'airelle myrtille* (Emploi de l') dans la diarrhée, 305.  
 — *éthéré* (Emploi de l') de racines de fougère mâle contre le ténia, 397.

## F.

- Face* (Accouchement terminé naturellement par la présentation de la), 378.  
*Falsification* des farines de graines de lin et de moutarde, 145.  
*Farcin chronique* communiqué à l'homme par un cheval morveux et suivi de guérison, 67.  
 — terminé par la mort, 68.  
*Fémur* (Cas très-curieux de fracture intra-capsulaire du col du), 297.  
*Fer*. Danger des préparations martiales dans certaines formes de chlorose, 303.  
 — (Iodure de). Emploi du protoiodure de fer dans la phthisie pulmonaire, 73.  
 — (Sulfate de) (Moyen facile et sûr d'enlever les taches dites de rouille sur le linge lorsqu'on a recours aux applications extérieures du), par M. Nicod d'Arbent, D. M. à Lyon, 286.  
 — (Sulfate de). (Des Varus mentagra et Gutta rosca (*sycosis menti* et *acné* de Willan) et de leur traitement extérieur par l'emploi du), par M. Dauvergne, D. M. à l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes), 260.  
*Fer* (De l'influence que peuvent exercer les sels de) solubles sur les dents, par M. Hinard, 146.  
*Fièvre algide quotidienne* (Accès cataleptiformes avec) dus à la présence de vers, 317.  
*Fièvre inflammatoire bénigne* (Cas de tétanos spontané survenu au déclin d'une), 478.  
*Fièvre intermittente* (La) n'est-elle qu'une hypertrophie de la rate, une splénite? 146.  
*Fièvres intermittentes* (Observations prouvant le danger qu'a souvent la saignée dans le traitement des), 384.  
 — *chroniques* (De la sensibilité vertébrale dans les), 307.  
*Fièvre typhoïde* (Nouvelles considérations pratiques sur le traitement de la) dans le midi de la France, par M. Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes), 438.  
*Fissures d'anus* (Observation de) guéries par des lavements avec la décoction de ratanhia, par M. Ponsin, D. M. à La Flotte (Charente-Inférieure), 133.

- Fistules du conduit parotidien* (Nouveau procédé opératoire pour la guérison des), 384.
- Fœtus à terme* (Observation de deux), bien conformés, réunis par le sternum, monstruosité comparable à celle des frères Siamois, par M. Cuchet fils, D. M. à Montélimart (Drôme), 54.
- Fougère mâle* (Emploi de l'extrait éthéré de racines de) contre le tenia, 397.
- Fracture du calcaneum* (Sur les cas de) par écrasement, 69.
- (Chute d'un lieu élevé sur les pieds, cas de) et du péroné; réduction à l'aide de la ténotomie, 299.
- *du col du fémur* (Cas de) intra-capsulaire du col du fémur; mort après quatre mois; non-réunion des fragments, disparition du col, développement d'un os nouveau au-dessous du petit trochanter, 297.
- *du péroné*. Chute d'un lieu élevé sur les pieds; fracture du calcaneum et du péroné; réduction à l'aide de la ténotomie, 299.
- Frictions mercurielles* (Méningite guérie par les), 473.
- Fumigations de tabac* (Efficacité des) dans la goutte, par M. Emmanuel Hinard, ph. et M. P. à Argenteuil (Seine-et-Oise), 287, 367.
- (Encore un mot sur l'emploi des) contre la goutte, par M. Reveillé-Parise, 366.

## G.

- Ganglions* (Du traitement des kystes superficiels connus sous le nom de), par la cautérisation avec le caustique de Vieune, par M. Payan, 418.
- Gangrène spontanée* (Considération sur la), 229.
- *de la verge* (Un mot sur la) et les opérations qu'elle nécessite, 383.
- Gangréneuse* (Considérations sur l'angine) et sur son traitement, 401.
- Gastro-intestinales* (Affections) de forme bilieuse observées pendant l'été à l'infirmerie de la Salpêtrière, 382.
- Gayac* (Emploi du) en poudre dans le rhumatisme aigu, 395.
- Gencives* (Des accidents sympathiques qui accompagnent la première dentition et de l'utilité de l'application locale des sangsues au voisinage des) pour les faire disparaître, par M. Senné, D. M. à Surgères (Charente-Inférieure), 184.
- Genou* (Cas de tumeur fongueuse hématoïde du) traitée et guérie par le cautère actuel, 79.
- Genou* (Ankylose angulaire du) guérie par la section des muscles fléchisseurs de la jambe, 465.
- Gergures du sein* (De l'emploi de la teinture de cachou contre les), 471.
- Gland de chêne* (Du lichen d'Islande et du) surtout, employés dans la dysenterie aiguë ou chronique, 305.
- Goutte* (De l'efficacité des fumigations de tabac dans la), par M. Emmanuel Huard, ph. et M. P. à Argenteuil (Seine-et-Oise), 287, 367.
- Graines de lin* (Falsification des farines de) et de moutarde, 145.
- Grenouillette* (Nouveau procédé opératoire pour la guérison de la), 300.
- (Traitement de la) par les injections iodées, par M. Bouchacourt, chirurgien en chef (désigné) de l'hôpital de la Charité de Lyon, 351.
- Grossesse abdominale* (Cas remarquable de), 230.
- Gutta rosea* (Des Varus mentagra et) (*sycosis menti* et *acné* de Willan) et de leur traitement extérieur par l'emploi du sulfate de fer, par M. Dauvergne, D. M. à l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes), 260.

## H.

- Hématocèle* (De l') et de son traitement par la ponction et les injections iodées, par M. Willemin, 353.
- Hématurie* (Note sur l') et son traitement; cas curieux de cette affection chez un enfant, par M. Max. Durand-Fardel, 403.
- *abondante*. Moyens divers d'extraire de la vessie les caillots qui la remplissent, 70.

- Hémorrhagie* (Cas d') mortelle occasionnée par une épingle avalée, 387.
- Hémorrhagies nasales* (Nouveau procédé de tamponnement pour les), 147.
- Hernie étranglée* opérée sur un homme de cent sept ans, 148.
- Hôpital des Vénériens* (Lettre sur les inoculations pratiquées en 1823 à l') de Paris, par M. Morin, D. M. à Airvault (Deux-Sèvres), 360.
- Hôpitaux* (Nomination des internes des) pour 1843, 80.
- *de fous* (Suppression des concerts et des représentations dans les), 160.
- Huile d'olives* (Cas d'affection de l'estomac soupçonnée cancéreuse guérie par l'usage interne de l') sucrée, 145.
- Hydatides* (Expulsion spontanée de milliers d') par l'utérus, 135.
- Hydrocèle* (Perfectionnement apporté au traitement de l') par injection, 57.
- (Nouveau traitement proposé pour l'), 307.
- (Réflexions sur le traitement de l') par l'électropuncture, 387.
- Hydrocéphale aiguë* (Action de l'iode dans l'), 389.
- *chronique* (Emploi de la compression dans le traitement de l'), 308.
- *chronique* (De la ponction du cerveau dans les cas d'), 471.
- Hydro-ferrocyanate de quinine* (L') n'existe pas, 44.
- Hydropisies passives* (Efficacité de l'écorce de sureau dans les), 231.
- Hydropathie* (De l'). Exposition et appréciation théorique et pratique de cette nouvelle méthode, par le docteur Legrand, 161, 241, 321.
- (Rapport fait au conseil général des hospices par M. Devergie, sur les essais tentés à l'hôpital Saint-Louis dans le traitement des maladies de la peau par l'), 389.
- Recherches historiques et pratiques sur l'hydrothérapie, par A.-E. Boyer, professeur à la Faculté de Strasbourg; broch. in-8° (comple rendu), 371.
- Hypertrophie de la rate* (La fièvre intermittente n'est-elle qu'une), une splénite? 146.
- *de l'utérus*. Cas d'hypertrophie congestive de l'utérus, accompagnée d'une névralgie crurale, 315.
- Hypertrophie de la rate* (Sur un nouveau traitement de l'), 472.
- Hystérie* (Réflexions sur l'influence des rapports sexuels sur l'), 231.
- (Observation d') traitée et guérie par le sulfate de quinine, par le docteur Gély, 205.

## I.

- Iliac primitive (artère)* (Cas de ligature de l'artère), 390.
- Impuissance virile* (de l') par cause morale, 232.
- Infanticide* (L'absence complète de la respiration chez un nouveau-né n'exclut pas la possibilité de l'), 118.
- Infection purulente* (De la cautérisation comme moyen de prévenir et de guérir la phlébite et l'), 475.
- Inhumations précipitées* (Danger des) dans les cas de mort apparente, 72.
- Injection*. Perfectionnement apporté au traitement de l'hydrocèle par injection, 57.
- *d'eau minérale* dans l'otite chronique par la trompe d'Eustache, 210.
- *iodées* (Traitement de la grenouillette par les), 351.
- (De l'hématocèle et de son traitement par la ponction et les injections iodées), 353.
- Injectons irritantes de l'urètre* (De l'emploi des) pour la guérison de l'orchite, 474.
- Inoculations* (Lettres sur les) pratiquées en 1823 à l'Hôpital des Vénériens de Paris, par M. Morin, D. M. à Airvault (Deux-Sèvres), 360.
- Inoculations* (Un mot de réclamation au sujet des) pratiquées en 1823 à l'hôpital des Vénériens, par M. Thierry, 448.
- Inversion des viscères* (Cas d') sur un jeune homme, 149.
- Iode*. Traitement de la grenouillette par les injections iodées, par M. Bouchacourt, 351.

- Iode*. De l'hématocèle et de son traitement par la ponction et les injections iodées, 353.  
 — Sur l'action de l'iode dans l'hydrocéphale aiguë, 389.  
*Iode et brôme*. Moyen de reconnaître immédiatement ces principes dans les corps marins qui les contiennent, 149.  
*Iodure de fer*. Emploi du protoiodure de fer dans la phthisie pulmonaire, 73.  
*Iodure de mercure*. Note sur un protoiodure de mercure basique et sur la nécessité de faire subir au protoiodure de mercure ordinaire des lavages alcooliques, afin de le débarrasser du deutiodure qu'il renferme constamment, 357.  
*Iodure de potassium* (Formule d'une eau gazeuse iodurée pouvant servir à l'administration de l'), 150.  
 — (Exemple de céphalalgie opiniâtre pendant dix ans, guérie par l'), 113.  
 — (Symptômes chroniques de rétrécissement de l'œsophage guéri par l'), 156.  
 — (Emploi de l') dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, 77.  
 — (De la conjonctivite rapportée à l'action pathogénique de l'), 468.  
 — (De l'emploi de l') dans les symptômes syphilitiques tertiaires, 472.  
 — (Un mot sur la préparation de l'), 435.  
*Intermittentes (affections)*. Nouvelles observations sur les affections intermittentes à courtes périodes, 63.  
*Intorsion de l'utérus* (Cas d') et polype fibreux de cet organe, 316.  
*Ivresse* (Singulier remède contre l'), 233.

## K.

- Kwostine* (Un mot sur la) ou cosséine et sa préparation, par M. Stan. Martin, 285.  
*Kystes* (Du traitement des) superficiels connus sous le nom de ganglions, par la cautérisation avec le caustique de Vienne, par M. Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône), 418.

## L.

- Larynx* (Polype du). Mort par asphyxie, 311.  
*Lavements* (Observation de fissures à l'anus guéries par des) avec la décoction de ratanhia, 133.  
*Lésion traumatique* (Exemple d'une épilepsie occasionnée par une) de l'œil, 66.  
*Lèvres (grandes)*. Observation d'un trombus énorme des grandes lèvres à la suite d'un accouchement, 220.  
*Lichen d'Islande* (Du) et du gland de chêne surtout, employés dans la dysenterie aiguë ou chronique, 305.  
*Ligature* (Cas de) de l'artère iliaque primitive, 390.  
*Liquueur mercurielle* (Formule d'une) normale pouvant remplacer les autres préparations mercurielles, 150.  
*Luxation du bras* (Exemple d'une réduction spontanée d'une) datant de dix jours, 380.  
 — *des phalanges* (De la réduction de la), 233.  
 — *phalango-métacarpiennes* (considérations sur les), 150.

## M.

- Mâchoire inférieure* (Cas de résection de la). Asphyxie consécutive de cette opération, 394.  
*Maison du roi* (Personnel médical de la), 400.  
*Mal de mer* (Un mot sur le), sa nature et son traitement, 20..  
*Maladies de la peau* (Avantages que l'on peut retirer de la cancérisation et

- de certains caustiques dans le traitement de quelques), par M. Alph. Devergie, 11.
- Maladies de la peau* (Essai de l'hydrosudopathie dans les), 389.
- Maladies de poitrine* (Emploi du diapason dans le diagnostic des), 383.
- Maschaliatrie* (De la) ou méthode axillaire (médication par l'aisselle), par C. Forget, prof. à la Faculté de Strasbourg, 81.
- Métatarse* (Sur la résection du premier os du), 376.
- Médecins* (Réflexion sur la patente des), 237.
- (Pétitions adressées à la Chambre des députés par les Sociétés de médecine des départements à l'occasion de la patente des), 320.
- (De la patente des) et de l'Académie de médecine, 399.
- Membranes* (De la rupture prématurée artificielle des) pendant le travail de l'accouchement, 37.
- Méningite* guérie par les frictions mercurielles, 173.
- Mercure* (Note sur un protoiodure de) basique, et sur la nécessité de faire subir au protoiodure de mercure ordinaire des lavages alcooliques, afin de le débarrasser du deutiodure qu'il renferme constamment, par M. Mialhe, 317.
- (Emploi du protonitrate de) liquide rationnel pour la cautérisation, 143.
- (De l'action de l'acide cyanhydrique et des cyanures alcalins sur les protocels de), et sur le protochlorure en particulier, 116.
- Méthode endermique* (Névralgie sciatique guérie par la morphine administrée par la). Emploi intérieur de la strychnine pour consolider la guérison, 152.
- Métropéritonites* (Note sur les) régnantes, 58.
- Métrorrhagie* (Cas de), avec douleurs vives dans l'hypogastre, guérie par l'application de sinapismes sur les lombes, 221.
- Monstruosité*. Observation de deux fœtus à terme bien conformés, réunis par le sternum; monstruosité comparable à celle des frères Siamois, par M. Cachet fils, D. M. à Montélimart (Drôme), 54.
- Morphine* (Les capsules de coquelicot ne contiennent qu'un infiniment peu de), 64.
- (Névralgie sciatique guérie par la) administrée par la méthode endermique. Emploi intérieur de la strychnine pour consolider la guérison, 152.
- Morsure des animaux venimeux* (Maladies graves attribuées à la), 157.
- Mort apparente* (Danger des inhumations précipitées dans les cas de), 72.
- Mort subite* (Cas de) causée par un emphysème pulmonaire, 383.
- Moutarde* (Falsification des farines de graines de lin et de), 145.
- Moxa* (Curieuse névralgie dorsale et intercostale guérie par l'emploi du), 138.
- Myotomie oculaire* (Note sur la valeur de la) dans le traitement de l'amaurose, 464.

## N.

- Naine difforme* (Opération césarienne pratiquée avec un double succès et pour la mère et pour l'enfant sur une), 309.
- Naphtaline* (De la) considérée comme médicament incisif et expectorant, 152.
- Nerv médian* (Extirpation de névômes sur le trajet du), 155.
- Névralgie* (Cas de) périodique mensuelle des organes du bassin, 391.
- *dorsale* (Curieuse) et intercostale guérie par l'emploi du moxa, 138.
- *du rectum*. De la névralgie de la partie inférieure du rectum, et de l'influence thérapeutique des vapeurs aqueuses dans cette maladie, par M. Max. Simon, 88.
- *sciatique*. Son traitement par la morphine administrée par la méthode endermique. (Emploi intérieur de la strychnine pour consolider la guérison, 152.
- Névômes* (Extirpation de) sur le trajet du nerf médian, 155.
- Nitrate d'argent* (Moyens de prévenir et de faire disparaître la coloration de la peau causée par l'administration du) à l'intérieur, 391.
- *de mercure* (Proto-). Emploi du protonitrate de mercure liquide rationnel pour la cautérisation, 143.

- Nitrate d'argent* (Sur le traitement de la blennorrhagie par les injections de) à haute dose, 466.  
*Nourrices* (Note sur une sorte d'ulcère de la bouche particulier aux), 314.  
*Nouveau-né* (L'absence complète de la respiration chez un) n'exclut pas la possibilité de l'infanticide, 148.  
 — (Cas de variole confluyente chez un), 56.

## O.

- Oeil* (Exemple d'une épilepsie occasionnée par une lésion traumatique de l'), 66.  
 — (Vers trouvés dans l') de l'homme, 318.  
*Oesophage*. Considérations sur les abcès rétro-œsophagiens, 60.  
 — (Cas extraordinaire de dilatation de l'), 234.  
 — (Cas de rétrécissement de l'), 156.  
 — Symptômes chroniques de rétrécissement de l') guéri par l'iodure de potassium, 156.  
*Opération césarienne* (Cas d') pratiquée sur un cadavre pour sauver la vie à l'enfant, 59.  
 — (Exemple d'une) pratiquée avec un double succès et pour la mère et pour l'enfant sur une naine difforme, 309.  
*Opium* (Cas de tétanos survenu à la suite d'une chute et guéri par les saignées abondantes et l') 136.  
*Orangeade gazeuse purgative* (Formule pour la préparation d'une), par M. Mialhe, 436.  
*Orohite* (De l'emploi des injections irritantes de l'urètre pour la guérison de l'), 474.  
*Oreille* (De l'emploi des douches d'air médicamenteux dans le catarrhe de l'), par M. Fuster, 407.  
*Os inter-maxillaires* (Bec-de-lièvre double compliqué de division de la voûte palatine, avec saillie des). Nouveau procédé opératoire, 140.  
 — du métatarse (Résection du premier), 376.  
*Otite chronique* (Observation d') interne avec accidents cérébraux, guérie par des injections d'eau minérale par la trompe d'Eustache, 210.  
*Oxyde d'antimoine* (Emploi de l') blanc dans la pneumonie, 393.  
*Oxyde blanc d'antimoine* (Un mot sur la falsification de l'), par M. Mialhe, 432.

## P.

- Paracanthèse thoracique* (Sur l'emploi de la) dans la phthisie pulmonaire, 310.  
*Parturition prématurée* (Cas d'accouchement à terme après huit avortements et une), 302.  
*Pâte arsenicale* (Emploi de la) contre le cancer, 226.  
*Patente des médecins* (Réflexions sur la), 237. — Pétitions adressées à la Chambre des députés, 320, 390.  
*Paupières* (Mémoire sur la blépharoplastie ou restauration des), 95.  
 — (De la canthoplastie ou de la transplantation de la conjonctive oculaire sous les), 142.  
*Peau* (Moyens de prévenir et de faire disparaître la coloration de la) causée par l'administration du nitrate d'argent à l'intérieur, 391.  
 — (Avantages que l'on peut retirer de la cautérisation et de certains caustiques dans le traitement de quelques maladies de la), par M. Alph. Devergie, 11.  
*Péritonites* (Un mot sur les) spontanées ou primitives, 294.  
 — tuberculeuse (Note sur le diagnostic de la), 392.  
*Péritonite* survenue à la suite d'un trombus de la vulve, 459.  
*Péroné* (Chute d'un lieu élevé sur les pieds, fracture du) et du calcaneum; réduction à l'aide de la ténotomie, 299.  
*Personnel médical* de la maison du roi, 400.  
*Phalanges* (De la réduction de la luxation des), 233.  
*Phlébite et infection purulente* (De la cautérisation considérée comme moyen de prévenir et de guérir la), 175.

- Phthisie* (Note sur la transformation des tubercules pulmonaires et sur quelques-unes des terminaisons de la), 314.
- *pulmonaire* (Emploi du protoiodure de fer dans la), 73.
- (Influence du climat de Nice sur la), 234.
- (Emploi de la paracenthèse thoracique dans la), 310.
- *tuberculeuse* (Quelques notions pratiques sur le traitement de la), par M. Max. Simon, 250.
- Pierre de la vessie* (Cas d'extraction d'une) par le caustique, 375.
- Pilules* (Nouvelle modification du procédé de M. Garot pour recouvrir les), par M. Mialhe, 202.
- Pilules* (Sur la préparation de) de sulfate acide de quinine, par M. Mialhe, 434.
- Placenta* (Plusieurs cas d'insertion du) sur le col de l'utérus, 62.
- (Remarque sur les accouchements avec présentation ou sortie du bras; note sur quelques cas d'insertion du) sur le col utérin, 291.
- Plaie pénétrante* de l'abdomen par un instrument tranchant (Observation de), 477.
- Plomb* (Observation d'une colique saturnine déterminée par l'usage thérapeutique de l'acétate de), par M. Carrière, agrégé à la Faculté de Strasbourg, 124.
- Pneumonie* (Emploi de l'oxyde blanc d'antimoine dans la), 393.
- (Un moi sur une) chez un sujet profondément affaibli, et sur son traitement, 457.
- Poitrine* (Emploi du diapason dans le diagnostic des maladies de), 383.
- Polype du larynx* (Cas de). Mort par asphyxie, 311.
- *du rectum* (Cas d'ablation d'un) chez une fille de six ans, par M. Ponsin, D. M. à La Flotte (Charente-Inférieure), 53.
- *utérin* (Expulsion spontanée d'un), 235.
- Polypes utérins* (De la difficulté du diagnostic de certains) et du manuel opératoire à leur appliquer, 55.
- *fibreuse* (Cas d'introversion de l'utérus et de), 316.
- Ponction* De l'hématocèle et de son traitement par la) et l'injection iodée, 353.
- Ponction du cerveau* (De la) dans le cas d'hydrocéphale chronique, 471.
- Potasse* (Emploi du sulfure de) liquide dans le traitement externe de quelques espèces de Varus (*acné*, *sycosis* de Willan), par M. Duchêne-Duparc, 339.
- Potassium* (Exemple de céphalalgie opiniâtre pendant dix ans guérie par l'iode de), 143.
- (Symptômes chroniques de rétrécissement de l'œsophage guéri par l'iode de), 156.
- (Emploi de l'iode de) dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, 77.
- (Formule d'une eau gazeuse iodurée pouvant servir à l'administration de l'iode de), 150.
- Poumon* (Recherches sur la quantité d'acide carbonique exhalée par le) dans l'espèce humaine, 223.
- Préparations d'argent* (Emploi des) dans le traitement de la syphilis, 397.
- *martiales* (Danger des) dans certaines formes de chlorose, 303.
- *mercurielles* (Formule d'une liqueur mercurielle normale pouvant remplacer les autres), 150.
- Prix proposé pour 1843* par la Société médico-pratique de Paris, 160.
- (Sujet de) proposé par la Société médicale de Paris pour l'année 1844, 400.
- Produits accidentels de la verge* (Quelques considérations sur les) et leur traitement, par M. Amédée Forget, 31.
- Psoÿtis* (Diagnostic et traitement du), 393.
- Ptyalisme* (Note sur le) considéré comme moyen curatif, 75.
- Purgative* Formule d'une orangeade gazeuse, 436.
- Pustule maligne* (Considérations sur le traitement de la), 312.



## Q.

- Quinine* (L'hydro-ferrocyanate de) n'existe pas, 44.  
 — (Observations d'hystérie traitée et guérie par le sulfate de), par le docteur Géry, 205.  
 — (Emploi du sulfate de) dans le traitement du rhumatisme, 76.  
 — (Emploi du sulfate de) dans le rhumatisme articulaire aigu, 157.  
 — (Sur la préparation de pilules de sulfate acide de), 434.

## R.

- Rapports sexuels* (Réflexions sur l'influence des) sur l'hystérie, 231.  
*Rate* (La fièvre intermittente n'est-elle qu'une hypertrophie de la), une splénite? 146.  
 — (Sur un nouveau traitement de l'hypertrophie de la), 472.  
*Ratanhia* (Observation de fissures à l'anus guéries par des lavements avec la décoction de), par M. Ponsin, D. M. à La Flotte (Charente-Inférieure), 133.  
*Rectocèle vaginale* (Opération pratiquée dans un cas de), 373.  
*Rectum* (De la névralgie de la partie inférieure du) et de l'influence thérapeutique des vapeurs aqueuses dans cette maladie, par M. Max. Simon, 88.  
 — (Cas d'ablation d'un polype du) chez une fille de six ans, par M. Ponsin, D. M. à La Flotte (Charente-Inférieure), 53.  
*Rectum* (Sur un corps fibreux du) traité et guéri par l'excision, 454.  
*Réduction* (De la) de la luxation des phalanges, 233.  
*Réssection de la mâchoire inférieure* (Cas de). Asphyxie consécutive de cette opération, 394.  
 — du premier os du métatarse (Cas de), 376.  
*Résorption* (Emploi de l'électropuncture comme moyen d'activer la) des épanchements, 306.  
*Respiration* (L'absence complète de la) chez un enfant nouveau-né n'exclut pas la possibilité de l'infanticide, 148.  
*Rétrécissement du bassin* (Cas d'avortement provoqué par le), 301.  
 — de l'œsophage (Cas de), 156.  
 — Symptômes chroniques de) guéri par l'iodure de potassium, 156.  
*Rhumatisme* (Emploi du sulfate de quinine dans le traitement du), 76.  
 — aigu (Emploi du gayac en poudre dans le), 395.  
 — articulaire aigu (Emploi de l'iodure de potassium dans le traitement du), 77.  
 — (Emploi du sulfate de quinine dans le), 157.  
 — chronique (Emploi des bains froids, suivant la méthode de Prienitz, dans le traitement du), 396.  
*Rouille* (Moyen facile et sûr d'enlever les taches de) sur le linge lorsqu'on a recours aux applications extérieures de sulfate de fer, par M. Nicod d'Arbent, D. M. à Lyon, 286.  
*Rupture des membranes*. De la rupture prématurée artificielle des membranes pendant le travail de l'accouchement, 37.

## S.

- Safran de mars apéritif* (Quelques remarques sur le) et sa préparation, par M. L. Mialhe, 281.  
 — (Encore un mot sur le), 359.  
*Saignée* (Observations prouvant le danger qu'a souvent la) dans le traitement des fièvres intermittentes, 384.  
 — (Cas d'éclampsie très-grave guéri par de nombreuses), 377.  
 — (Cas de tétanos survenu à la suite d'une chute et guéri par les) abondantes et l'opium, 136.  
*Sangsues* (Des accidents sympathiques qui accompagnent la première denti

tion, et de l'utilité de l'application locale des au voisinage des gencives, par M. Senné, D. M. à Surgères (Charente-Inférieure), 184.

*Scapulo-humérale* (De l'amputation du bras dans l'articulation), 224.

*Scarlatina* (Emploi de la belladone comme préservatif de la), 141, 303.

*Sein* (De l'emploi de la teinture de cachou contre les gerçures du), 471.

*Section des muscles fléchisseurs* de la jambe pour la guérison d'une ankylase du genou, 465.

*Sensibilité vertébrale* (de la) dans les fièvres intermittentes chroniques, 307.

*Séton* (Considérations pratiques sur les tumeurs enkystées, sur leur traitement et en particulier sur l'emploi du) dans ses affections, par M. Espezet, D. M. à Esperaza (Aude), 275.

— (Note sur l'emploi des petits) dans le traitement de plusieurs maladies, par M. Desportes, membre de l'Académie de médecine, 332.

*Sévrage* (De l'époque du) dans ses rapports avec la dentition, 144.

*Sinapismes* (Métorrhagie avec douleurs vives dans l'hypogastre, guérie par l'application de), sur les lombes, 221.

*Sirop de chlorure de sodium* (Formule pour la préparation d'un), 227.

— *de sucs acides* (Considérations sur les procédés de préparation des), 198.

— (Nouvelle méthode de goudronner les bouteilles contenant les) et autres liquides altérables, 437.

— *de sucs d'herbes* (Formule pour la préparation d'un), par M. Mialbe, 430.

*Sodium (chlorure de)* (Formule pour la préparation d'un sirop de chlorure de), 227.

*Sonde* (Modification de l'emploi consécutif de la) dans un cas de taille suspubienne, par M. Ruy, D. M. à Belgentier (Var), 130.

*Sparadrap chirurgical* (Note sur le) et sa préparation, par M. Mialbe, 40.

*Speculum* (Note sur les) en général et sur un nouveau speculum en particulier, 235.

*Splénite* (La fièvre intermittente n'est-elle qu'une hypertrophie de la rate, une)? 146.

*Squirrhe* (Exemple d'un) considérable occupant le lobe antérieur droit du cerveau et une partie du lobe antérieur gauche, et sans paralysie des membres, sans embarras de la parole, sans trouble de l'intelligence, 219.

*Statistique médicale de Paris*, 159.

*Sternum* (Observation de deux fœtus à terme, bien conformés, réunis par le); monstruosité comparable à celle des frères SiAMOIS, par M. Cuchet fils, D. M. à Montélimart (Drôme), 54.

*Stomatite mercurielle* (Traitement de la) par les bains de vapeur, 286.

*Strychnine* (De la névralgie sciatique traitée par la morphine administrée par la méthode eudermique; emploi intérieur de la) pour consolider la guérison, 152.

*Sucs acides*. Considérations sur les procédés de préparation des sirops de sucs acides, 198.

*Sucs d'herbes* (Formule pour la préparation d'un sirop de), par M. Mialbe, 436.

*Sulfate de fer* (Des varus mentagra et gutta rosea (*syccosis menti* et *acné* de Willan) et de leur traitement extérieur par l'emploi du), par M. Dauvergne, D. M. à l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes), 280.

— (Moyen facile et sûr d'enlever les taches dites de rouille sur le linge lorsqu'on a recours aux applications extérieures de), par M. Nicod d'Arbent, D. M. à Lyon, 286.

*Sulfate de quinine* (Observation d'hystérie traitée et guérie par le), par le docteur Gély, 205.

— (Emploi du) dans le traitement du rhumatisme, 76, 157.

*Sulfure de potasse* (Emploi du) liquide dans le traitement externe de quelques espèces de varus, 339.

*Sureau* (Efficacité de l'écorce de) dans les hydropisies passives, 231.

*Sus-pubienne* (Observation de taille). Modification de l'emploi consécutif de la sonde, 130.

*Suture intestinale* (Deux observations relatives à la), 78.

*Syphilis* (Emploi des préparations d'argent dans la), 397.

— Encore un mot de réclamation au sujet des inoculations pratiquées en 1823 à l'hôpital des Vénériens, par M. Thierry, 418.

*Syphilitiques* (Dispensaire spécial pour le traitement des affections), à Lyon, 470.

— (De l'emploi de l'iodure de potassium dans les accidents tertiaires), 472.

## T.

*Tabac* (Efficacité des fumigations de) dans la goutte, par M. Emmanuel Binard, ph. et M. P. à Argenteuil (Seine-et-Oise), 287.

— Un mot sur le même sujet, par M. Revellé-Parise, 366.

*Taches de rouille* (Moyen facile et sûr d'enlever les) sur le linge lorsqu'on a recours aux applications extérieures de sulfate de fer, par M. Nicod d'Arbent, D. M. à Lyon, 286.

*Taille sus-pubienne* (Observation de). Modification dans l'emploi consécutif de la sonde, par M. Ruy, D. M. à Belgentier (Var), 130.

*Tamponnement* (Nouveau procédé de) pour les hémorrhagies nasales, 147.

*Teigne* (Note sur le traitement de la), 157.

*Teinture de cachou* contre les gerçures du sein, 471.

*Ténotomie* (Chute d'un lieu élevé sur les pieds; fracture du péroné et du calcaneum; réduction à l'aide de la), 299.

*Térébenthine* (Sur un moyen commode d'administrer l'essence de), par M. Bouchardat, 433.

*Tétanos* (Cas de) survenu à la suite d'une chute et guéri par les saignées abondantes et l'opium, 136.

— *spontané* (Emploi de la belladone dans le traitement du), 172.

— *spontané* survenu au déclin d'une fièvre inflammatoire bénigne, 478.

*Tête*. Chute d'un troisième étage sur la tête; accidents très-graves; guérison, 462.

*Thérapeutique* (Des influences de l'auscultation sur la), par M. le professeur Forget, de Strasbourg.

*Tœnia* (Emploi de l'extract étheré de racines de fougère mâle contre le), 397.

*Transmission de la variole* (Exemple de) de la mère à l'enfant avant la naissance, 134.

*Trombus* (Observation d'un) énorme des grandes lèvres à la suite d'un accouchement, 220.

*Trombus vulvaire* considérable suivi de péritonite et de mort, 459.

*Trompe d'Eustache* (Observation d'otite chronique interne guérie par des injections d'eau minérale par la), par M. Larivière, aide-major au 6<sup>m</sup> de hussards, 210.

*Tubercules pulmonaires* (Note sur les transformations des) et sur quelques-unes des terminaisons de la phthisie, 315.

*Tumeurs enkystées* (Considérations pratiques sur les) et sur leur traitement, et en particulier sur l'emploi du séton dans ces affections, par M. Espezet, D. M. à Esperaza (Aude), 275.

*Tumeur érectile* (Exemple d'une) traitée avec succès par l'emploi des épingles, 398.

*Tumeurs fibreuses* (Considérations pratiques sur les) de l'utérus, leur diagnostic et leur traitement, par M. Lisfranc, chirurgien en chef de la Pitié, 189.

*Tumeur fongueuse* (Cas de) hématoïde du genou, traitée et guérie par le cautère actuel, 79.

## U.

*Ulère de la bouche* (Note sur une forme d') particulier aux nourrices, 314.

*Uréthres* (Suppression complète de l'écoulement des urines pendant douze jours par suite de la compression des), 58.

*Urètre* (Note sur la formation artificielle d'un), 293.

*Uréthres* (Suppression complète de l'écoulement des) pendant douze jours par suite de la compression des uréthres, 58.

- Uterus*. Note sur quelques cas d'insertion du placenta sur le col utérin, par M. Lemonnier, D. M. à Rennes, 291.
- (Considérations pratiques sur l'abaissement de l') et sur les moyens propres à y remédier, par M. Lisfranc, 267.
- (Note sur deux cas d'accouchements malgré l'existence d'un cauer déjà avancé sur le col de l'), 218.
- (Expulsion spontanée de milliers d'hydatides de l'), 135.
- (Plusieurs cas d'insertion du placenta sur le col de l'), 62.
- (Cas d'hypertrophie congestive de l'), accompagnée d'une névralgie crurale, 315.
- (Introversion de l') et polype fibreux de cet organe, 316.
- Expulsion spontanée d'un polype utérin, 235.
- (Considération pratique sur les tumeurs fibreuses de l'), leur diagnostic, leur traitement, par M. Lisfranc, chirurgien en chef de la Pitié, 189.

## V.

- Vaccinations et revaccinations* (Expériences nouvelles touchant les), 479.
- Vapeurs aqueuses* (De la névralgie de la partie inférieure du rectum et de l'influence thérapeutique des) dans cette maladie, par M. Max. Simon, 88.
- Vapeur* (Traitement de la stomatite mercurielle par les bains de), 236.
- Variote* (Exemple de transmission de la) de la mère à l'enfant avant la naissance, 131.
- *confluente* (Cas de) chez un enfant nouveau-né, 56.
- Varus mentagra* (Des) et gutta rosea (*sycosis menti* et *acné* de Willan) et de leur traitement par l'emploi extérieur du sulfate de fer, par M. Dauvergne, D. M. à l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes), 260.
- Varus* (Emploi du sulfure de potasse liquide dans le traitement externe de quelques espèces de) (*acné*, *sycosis* de Willan), par M. Duchêue-Duparc, 339.
- Veines* (Moyens de prévenir la mort dans le cas d'introduction de l'air dans les), 71.
- Vénériens* (Lettres sur les inoculations pratiquées en 1823 à l'hôpital des) de Paris, par M. Morin, D. M. à Airvault (Deux-Sèvres), 360.
- Verge* (Quelques considérations sur les produits accidentels de la) et leur traitement, par M. Amédée Forget, 31.
- (Un mot sur la gangrène de la) et les opérations qu'elle nécessite, 385.
- Vers* (Accès cataleptiformes; fièvre algide quotidienne due à la présence de), 317.
- (Accidents nerveux occasionnés par la présence des) dans les voies digestives, 317.
- (Exemple de) trouvés dans l'œil de l'homme, 318.
- Vessie* (Moyens divers d'extraire de la) les caillots qui la remplissent, 70.
- (Cas d'extraction d'une pierre dans la) par le caustique, 375.
- (Cas de rupture de la) par une violence extérieure, 158.
- Viscères* (Cas d'inversion des) sur un jeune homme, 149.
- Voies digestives* (Accidents nerveux occasionnés par la présence des vers dans les), 317.
- Vomissements atoniques et nerveux* (Emploi avantageux de la racine de Colombo dans les), par le docteur Debreyne, 180.
- Vomitifs* (Utilité des) dans le catarrhe aigu des enfants, par M. Dassit, D. M. à Confolens (Charente), 288.
- (Emploi des) coup sur coup dans la diphtérie, 228.
- Voûte palatine* (Bec-de-lièvre double compliqué de division de la) avec saillie des os inter-maxillaires; nouveau procédé opératoire, 140.
- Vulve* (Sur un troubus considérable de la) suivi de péritonite et mort, 159.

